RAPPORT D'ÉTAPE SUR

La Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques : *Une ordonnance non remplie*

Janvier 2009

Health Council of Canada | Conseil canadien de la santé

TABLE DES MATIÈRES

01 **Avant-propos de la présidente**

03 **Pourquoi la réforme pharmaceutique est-elle importante?**
04 Usage approprié et sûr des médicaments
09 Fardeau financier des médicaments d'ordonnance

13 **Regard sur La Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques**
14 Principaux développements, de 2003 à 2008
16 Promesses et réalités
16 *Couverture des médicaments onéreux*
17 *Médicaments coûteux pour maladies rares*
18 *Médicaments de pointe*
18 *Fixation des prix et achats*
21 *Analyse des coûts*
21 *Influencer les habitudes de prescription*
25 *Prescription électronique*
25 *Formulaire national commun pour les médicaments*
26 *Innocuité et efficacité des médicaments dans le monde réel*

28 **Résumé**

30 **Références**

31 **Figures**

32 **Remerciements**

33 **Aperçu du Conseil canadien de la santé**

La réalisation de ce rapport a été rendue possible grâce à la participation financière de Santé Canada. Les opinions exprimées dans ce document représentent le point de vue du Conseil canadien de la santé, agissant en son nom seul sans le contrôle ni la supervision de Santé Canada. Cette publication ne reflète pas nécessairement les opinions de Santé Canada, ni celles d'un gouvernement provincial ou territorial.

Pour joindre le Conseil canadien de la santé :
90, avenue Eglinton Est, bureau 900
Toronto (Ontario) M4P 2Y3
Téléphone : 416 481 7397
Télécopieur : 416 481 1381
information@conseilcanadiendelasante.ca
www.conseilcanadiendelasante.ca

La Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques
Une ordonnance non remplie
Janvier 2009
ISBN 978-1-897463-45-1

Comment citer cette publication :
Conseil canadien de la santé. (2009). *La Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques : Une ordonnance non remplie*. Toronto : Conseil canadien de la santé.
www.conseilcanadiendelasante.ca

Le contenu de cette publication peut être reproduit en tout ou en partie, à des fins non commerciales uniquement et avec le plein consentement du Conseil canadien de la santé.

© 2009, Conseil canadien de la santé

This publication is also available in English.

AVANT-PROPOS DE LA PRÉSIDENTE

La Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques a été créée en 2004 pour trouver des solutions nationales en réponse à certaines préoccupations quant à l'innocuité et à l'abordabilité des médicaments d'ordonnance (médicaments prescrits) au Canada. Chacun des gouvernements a adopté divers programmes pour améliorer l'accessibilité, l'innocuité et l'abordabilité des médicaments d'ordonnance, mais il y a des limites à ce que chacun peut accomplir de son propre chef. De plus, avec cet ensemble disparate de mesures, tous les Canadiens ne bénéficient pas des mêmes avantages.

Cette stratégie était un élément de l'accord de 2004 sur la santé conclu par les premiers ministres, *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, en vertu duquel les gouvernements participants* s'engageaient à apporter diverses améliorations à leur système de santé, le gouvernement fédéral s'engageant en contrepartie à leur verser des paiements annuels supplémentaires.

* Le Québec a sa propre Régie d'assurance-maladie et ne participe pas à la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. Mais cette province partage l'information et les meilleures pratiques de la santé avec le reste du pays.

Dans le cadre de cet accord, le premier ministre du Canada et les premiers ministres des provinces et territoires ont demandé aux ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé d'intervenir collectivement sur plusieurs points prioritaires de la réforme pharmaceutique. (Voir *Les neuf éléments de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques*, page 14)

En termes simples, cette stratégie avait pour but de :

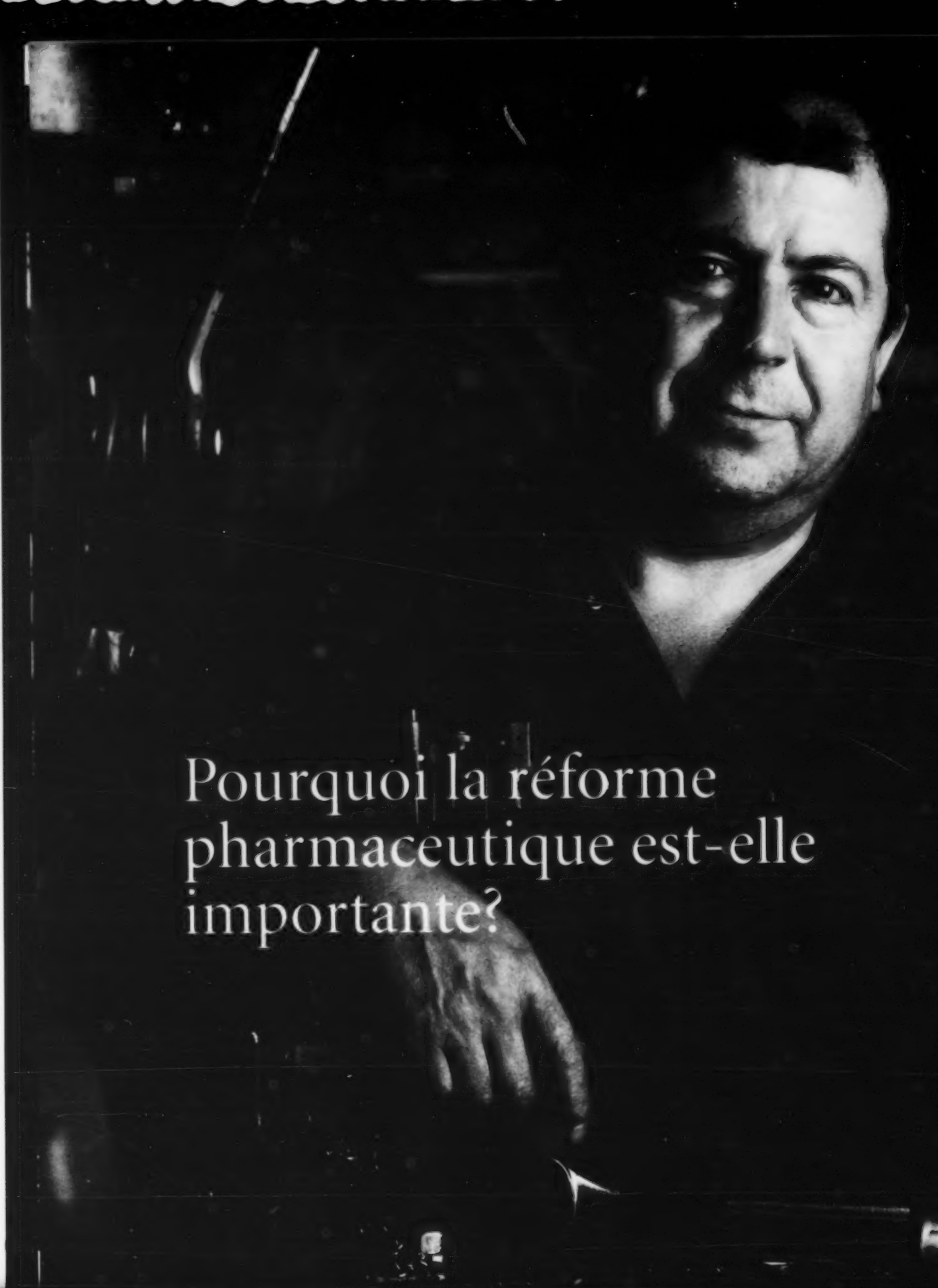
- concevoir des options en vue d'un plan national de *couverture des médicaments onéreux* afin que le coût des médicaments d'ordonnance ne représente pas un fardeau financier excessif pour les Canadiens, peu importe leur lieu de résidence (le terme *onéreux* fait référence aux répercussions des médicaments sur les finances personnelles des Canadiens);
- trouver des moyens de réduire le coût des médicaments d'ordonnance pour les gouvernements et pour les particuliers;
- accroître la sécurité des patients en aidant les professionnels de la santé à leur prescrire les ordonnances les plus pertinentes et les plus sûres, et en mettant en place un système de prescription électronique qui permette de réduire les erreurs de médication;
- améliorer les moyens de faire le suivi des médicaments après leur mise en marché au Canada, pour protéger les patients des effets secondaires non anticipés;
- s'assurer que tous les Canadiens ont accès aux mêmes médicaments d'ordonnance, grâce à leur régime gouvernemental d'assurance-médicaments, en fonction d'un Formulaire national commun; et
- donner plus rapidement l'accès aux médicaments émergents, pour répondre aux besoins de santé non satisfaits.

Dans ce rapport, nous étudions en profondeur certains des problèmes que la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques avait pour objectif de résoudre, de même que les progrès accomplis quatre années plus tard. Nous commentons ces conclusions dans un document d'accompagnement, *Commentaires sur La Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques : Une ordonnance non remplie*, à consulter à *www.conseilcanadiendelasante.ca*.

Ce rapport est aussi pour nous l'occasion d'informer les Canadiens de l'importance et de la complexité de la réforme pharmaceutique. Cette question ne mobilise pas autant l'attention du public que les changements dans les autres secteurs du système de soins de santé, peut-être parce que tout le sujet des médicaments d'ordonnance est moins bien connu ou moins bien compris. Dans la partie ci-après, intitulée **Pourquoi la réforme pharmaceutique est-elle importante?**, nous fournissons des données évocatrices et fournissons un aperçu de certains des principaux défis rattachés à la consommation des médicaments d'ordonnance au Canada. Soulignons que la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques était conçue pour relever certains de ces défis, mais pas d'autres.

Quand nous avons entamé ce rapport, le climat économique était bien plus favorable qu'actuellement. Désormais, de plus nombreux Canadiens auront probablement besoin d'aide pour acheter leurs médicaments, par la suite de la perte de leur emploi et de leurs prestations connexes d'assurance-santé. Les travaux de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques revêtent donc une importance plus grande que jamais. Il est plus essentiel que jamais de trouver des moyens de réduire les coûts des médicaments d'ordonnance et de s'assurer que les Canadiens puissent continuer de se procurer des médicaments efficaces et appropriés.

Dre JEANNE F. BESNER, IA, PH.D.
PRÉSIDENTE, CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ



Pourquoi la réforme pharmaceutique est-elle importante?

Les Canadiens prennent beaucoup de médicaments d'ordonnance. Lors de deux enquêtes indépendantes faites en 2007 auprès des Canadiens adultes, la moitié des répondants (51 % à 53 %) ont déclaré qu'ils prenaient au moins un médicament prescrit, tandis qu'environ 15 % ont dit qu'ils prenaient quatre médicaments prescrits ou plus (Voir Figure 1). Les pourcentages sont encore beaucoup plus grands pour les personnes atteintes de maladies chroniques (37 % de ces personnes prennent quatre médicaments prescrits ou plus) et pour les personnes âgées (40 % prennent quatre médicaments prescrits ou plus) [1].

De plus, l'usage des médicaments d'ordonnance s'est rapidement accru au cours de la dernière décennie : le nombre d'ordonnances remplies chaque année par les pharmacies canadiennes a presque doublé en 10 années, passant d'environ 234 millions en 1996 à plus de 422 millions en 2006 [2].

À bien des égards, ces développements représentent des progrès. En effet, les médicaments d'ordonnance constituent bien souvent le traitement le plus efficace et le plus économique pour de nombreuses maladies, et les médicaments remplacent de plus en plus d'autres interventions. Mais à mesure que l'usage et le prix des médicaments ont augmenté, les préoccupations et les problèmes à leur égard se sont multipliés – surtout en ce qui concerne l'utilisation appropriée et sûre des médicaments et la lourdeur accrue du fardeau financier pour les Canadiens et les gouvernements.

Usage approprié et sûr des médicaments

Les Canadiens présument peut-être qu'on leur prescrit des médicaments efficaces et sûrs, mais ce n'est pas toujours le cas. Certes, la plupart des Canadiens prennent leurs médicaments sans incident, mais beaucoup trop d'entre eux se voient prescrire des médicaments inappropriés. Les médicaments peuvent ne pas leur convenir, la posologie peut ne pas être la bonne, ou les médicaments peuvent réagir avec d'autres médicaments et d'autres traitements prescrits, causant des complications et des problèmes de santé inattendus. Parfois aussi, les patients n'obtiennent pas d'ordonnance alors qu'ils en auraient besoin d'une, ce qui peut avoir des effets négatifs sur leur santé.

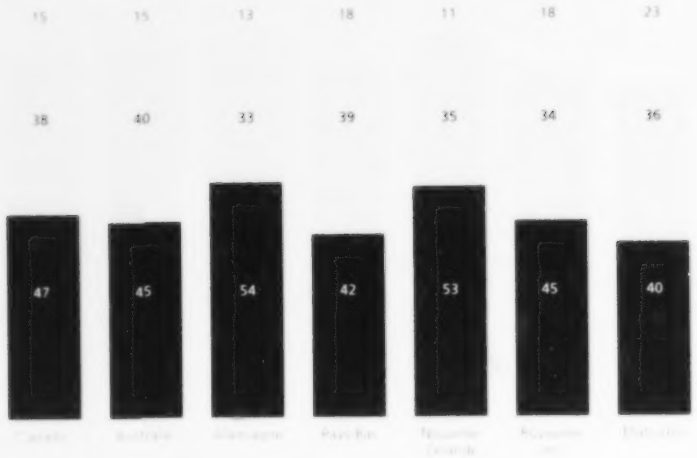


FIGURE 1
La moitié de tous les Canadiens adultes prennent au moins un médicament prescrit

Lors d'une enquête internationale dans sept pays, 53 % des répondants canadiens ont déclaré qu'ils prenaient au moins un médicament prescrit, plus d'un tiers des répondants (38 %) prenaient entre un et trois médicaments prescrits, tandis qu'un répondant sur sept (15 %) en prenait quatre ou plus. Le pourcentage des adultes qui prenaient au moins un médicament prescrit, dans les autres pays, se situait entre 46 % et 59 %.

4 ou plus
1 à 3
Aucun

Question : « Combien de médicaments prescrits différents prenez-vous actuellement? »

Note : Les totaux des pourcentages peuvent ne pas être de 100 % par suite de l'arrondissement des réponses.

Source : The Commonwealth Fund 2007 International Health Policy Survey in Six Countries (2007) [Enquête internationale auprès des ménages sur les politiques de la santé dans six pays].

Les Canadiens prennent beaucoup de médicaments d'ordonnance. Lors de deux enquêtes indépendantes faites en 2007 auprès des Canadiens adultes, la moitié des répondants (51 % à 53 %) ont déclaré qu'ils prenaient au moins un médicament prescrit, tandis qu'environ 15 % ont dit qu'ils prenaient quatre médicaments prescrits ou plus (Voir Figure 1). Les pourcentages sont encore beaucoup plus grands pour les personnes atteintes de maladies chroniques (37 % de ces personnes prennent quatre médicaments prescrits ou plus) et pour les personnes âgées (40 % prennent quatre médicaments prescrits ou plus)[1,2].

De plus, l'usage des médicaments d'ordonnance s'est rapidement accru au cours de la dernière décennie : le nombre d'ordonnances remplies chaque année par les pharmacies canadiennes a presque doublé en 10 années, passant d'environ 234 millions en 1996 à plus de 422 millions en 2006[3].

À bien des égards, ces développements représentent des progrès. En effet, les médicaments d'ordonnance constituent bien souvent le traitement le plus efficace et le plus économique pour de nombreuses maladies, et les médicaments remplacent de plus en plus d'autres interventions. Mais à mesure que l'usage et le prix des médicaments ont augmenté, les préoccupations et les problèmes à leur égard se sont multipliés – surtout en ce qui concerne l'utilisation appropriée et sûre des médicaments et la lourdeur accrue du fardeau financier pour les Canadiens et les gouvernements.

Usage approprié et sûr des médicaments

Les Canadiens présument peut-être qu'on leur prescrit des médicaments efficaces et sûrs, mais ce n'est pas toujours le cas. Certes, la plupart des Canadiens prennent leurs médicaments sans incident, mais beaucoup trop d'entre eux se voient prescrire des médicaments inappropriés. Les médicaments peuvent ne pas leur convenir, la posologie peut ne pas être la bonne, ou les médicaments peuvent réagir avec d'autres médicaments et d'autres traitements prescrits, causant des complications et des problèmes de santé inattendus. Parfois aussi, les patients n'obtiennent pas d'ordonnance alors qu'ils en auraient besoin d'une, ce qui peut avoir des effets négatifs sur leur santé.

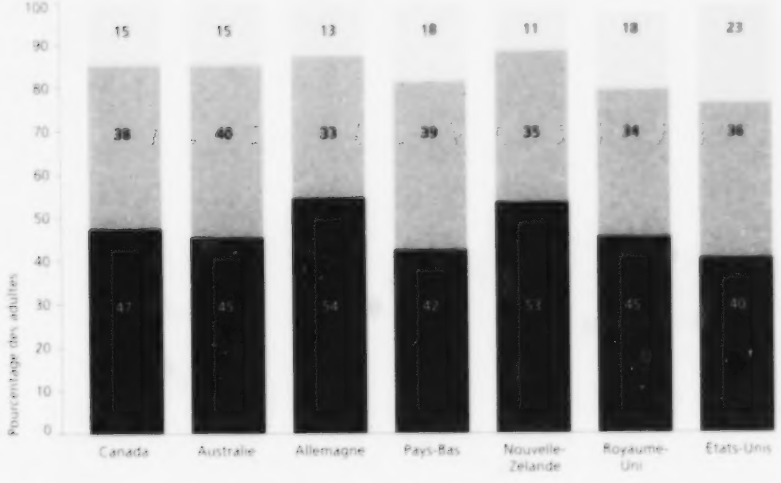
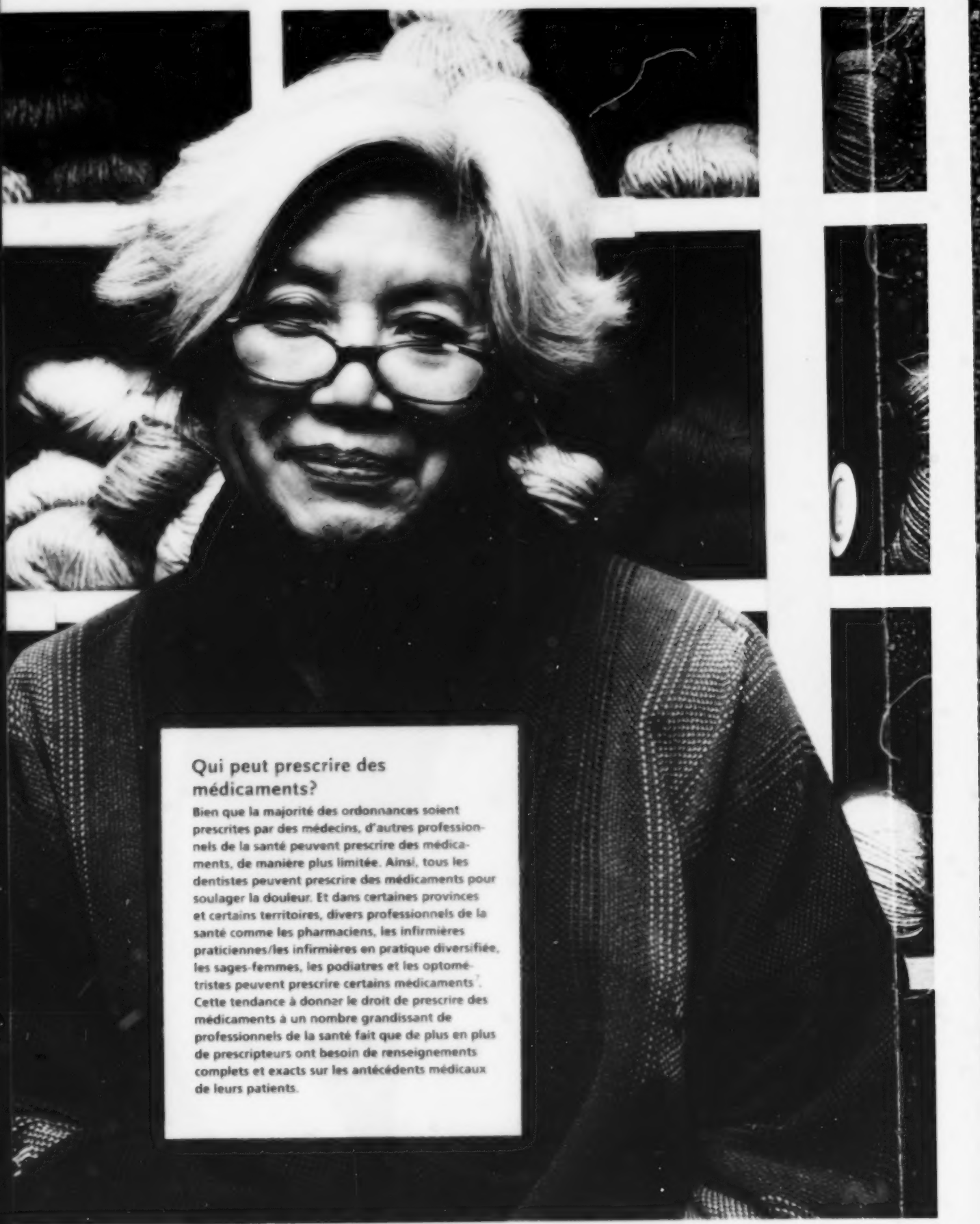


FIGURE 1
La moitié de tous les Canadiens adultes prennent au moins un médicament prescrit
Lors d'une enquête internationale dans sept pays, 53 % des répondants canadiens ont déclaré qu'ils prenaient au moins un médicament prescrit; plus d'un tiers des répondants (38 %) prenaient entre un et trois médicaments prescrits, tandis qu'un répondant sur sept (15 %) en prenait quatre ou plus. Le pourcentage des adultes qui prenaient au moins un médicament prescrit, dans les autres pays, se situait entre 46 % et 59 %.

Question: « Combien de médicaments prescrits différents prenez-vous actuellement? »

Note : Les totaux des pourcentages peuvent ne pas être de 100 % par suite d'un manque de réponses, d'un refus de réponses, ou des « je ne sais pas ».

Source : The Commonwealth Fund 2007 International Health Policy Survey of the General Public's Views of their Health Care System's Performance in Seven Countries.



Qui peut prescrire des médicaments?

Bien que la majorité des ordonnances soient prescrites par des médecins, d'autres professionnels de la santé peuvent prescrire des médicaments, de manière plus limitée. Ainsi, tous les dentistes peuvent prescrire des médicaments pour soulager la douleur. Et dans certaines provinces et certains territoires, divers professionnels de la santé comme les pharmaciens, les infirmières praticiennes/les infirmières en pratique diversifiée, les sages-femmes, les podiatres et les optométristes peuvent prescrire certains médicaments[7]. Cette tendance à donner le droit de prescrire des médicaments à un nombre grandissant de professionnels de la santé fait que de plus en plus de prescripteurs ont besoin de renseignements complets et exacts sur les antécédents médicaux de leurs patients.

Les principales causes de problèmes sont les suivantes : prescription inappropriée, usage insuffisant ou incorrect des médicaments par les patients, manque de suivi continu et adéquat des problèmes relatifs aux médicaments[4,5,6].

ERREURS BEAUCOUP TROP COURANTES DE MÉDICATION

À la suite de la création de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, on a commencé à faire des recherches sur l'étendue des erreurs de médication au Canada :

› Une étude faite en 2008 dans un hôpital très fréquenté de Vancouver a montré que 12 % des visites aux urgences faites par des adultes résultaient de problèmes de médicaments[8].

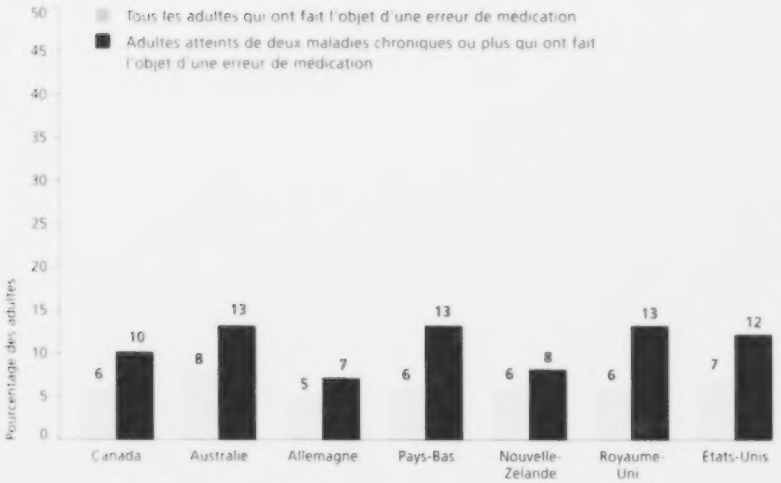
› Dans un sondage international effectué en 2007, 6 % des répondants canadiens ont déclaré qu'on leur avait donné un mauvais médicament, ou prescrit une mauvaise dose, au cours des deux années précédentes. Selon ce même sondage, 10 % des Canadiens atteints de deux maladies chroniques ou plus avaient subi les conséquences d'une erreur de médication[2]. (Voir Figure 2)

› Dans un autre sondage, en 2007, 4 % des répondants canadiens ont déclaré qu'on leur avait donné un mauvais médicament dans une pharmacie et 18 % d'entre eux ont dit que ceci leur avait causé un très grave problème de santé[1].

› Une étude de 2007 a montré que de 8 % à 12 % des personnes âgées qui avaient participé à un sondage dans quatre provinces (Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Nouveau-Brunswick) avaient une ordonnance de longue durée pour un médicament à hauts risques figurant sur la liste Beers, index mondialement reconnu de médicaments potentiellement inappropriés pour les personnes âgées en raison des risques élevés de leurs effets adverses[9].

› Selon une étude faite en 2005 dans un hôpital de Moncton, 40 % des patients s'étaient vu remettre un plan de traitement médicamenteux qui comportait des incohérences ou des omissions, à leur sortie de l'hôpital[10].

› Une étude de 2004 dans un hôpital d'Ottawa a révélé que 72 % des événements indésirables signalés par les patients dans les 14 semaines suivant leur sortie de l'hôpital résultaient d'erreurs de médication[11].



Question : « Au cours des deux dernières années, un médecin, une infirmière, un hôpital ou un pharmacien vous a-t-il donné un mauvais médicament ou une mauvaise dose de médicaments lors de la délivrance d'une ordonnance dans une pharmacie ou lors d'une hospitalisation? »

Source : Morgan S, Kennedy J, Boothe K, McMahon M, Roughead E and Watson D. (2008). Toward high performing "Pharmacare" systems : A review of experiences in seven countries (À l'étude)

FIGURE 2
Six pour cent des Canadiens signalent des erreurs de médication
Lors d'une enquête internationale dans sept pays, 6 % des Canadiens adultes ont déclaré qu'on leur avait donné un mauvais médicament ou une mauvaise dose de médicaments, lors de la délivrance d'une ordonnance ou lors d'une hospitalisation, au cours des deux dernières années. Parmi les répondants atteints de deux maladies chroniques ou plus, 10 % ont dit qu'ils avaient vécu ce type d'erreur de médication. Le Canada n'est pas le seul pays aux prises avec ce problème; les résultats sont similaires dans d'autres pays.

› Selon une étude faite en 2004, 7,5 % des patients adultes au Canada ont été victimes d'un événement indésirable ou d'une erreur à l'hôpital, la deuxième cause principale étant un problème de médication[12].

Beaucoup d'événements inattendus et souvent évitables résultant d'un problème de médication sont suffisamment graves pour exiger une hospitalisation. D'autres surviennent alors que les patients sont déjà hospitalisés. En outre, les patients sont exposés aux problèmes de médication lors des transitions dans les soins de santé, par exemple lors de leur sortie de l'hôpital, comme indiqué dans l'étude de 2005 à l'hôpital de Moncton[10] citée précédemment. Dans l'étude de 2004 effectuée dans un hôpital d'Ottawa, les erreurs de médication signalées après la sortie de l'hôpital résultaient du manque de suivi[11]. Toutes ces études montrent bien qu'un trop grand nombre de Canadiens sont exposés à des problèmes de médication.

De nombreux problèmes et décès causés par les médicaments, partout dans le monde, sont évitables. Une analyse des études faites dans le monde montre que de 3 % à 9 % des hospitalisations résultent de problèmes de médication. Sur ce total, 50 % des hospitalisations étaient jugées évitables[5,13]. Ces données contribuent à illustrer les importantes répercussions des problèmes de médication sur la santé des gens, de même que le fardeau qu'ils font peser sur les systèmes de soins de santé partout dans le monde.

Les personnes âgées sont particulièrement vulnérables, car elles prennent souvent plusieurs médicaments prescrits et peuvent être plus sensibles aux effets des médicaments et à leurs interactions. Plusieurs études internationales ont conclu que jusqu'à 88 % des hospitalisations des personnes âgées résultant de problèmes de médication sont évitables[14]. Une étude faite dans un hôpital canadien a révélé que 41 % de personnes âgées admises à l'hôpital l'étaient pour des problèmes de médicaments, que 97 % de ces hospitalisations étaient potentiellement évitables et que la plupart résultaient de médicaments fréquemment prescrits[15]. Bien qu'il existe très peu de recherches sur les coûts des problèmes de médication au Canada, les estimations données par une étude indiquent que les événements indésirables et les décès évitables causés par les médicaments rien que chez les personnes âgées coûtent environ 11 milliards $ par an[16].

MANQUE DE RENSEIGNEMENTS PERTINENTS POUR LES PATIENTS

Bon nombre de Canadiens ne prennent pas leurs médicaments correctement, ce qui peut leur causer des problèmes de santé. Il n'existe pas de données exhaustives sur l'envergure de ce problème, mais l'étude faite en 2008 dans un hôpital de Vancouver et citée précédemment nous renseigne quelque peu à ce sujet : plus d'un quart des visites à l'hôpital (28 %) faites par des adultes aux urgences résultait du fait que les patients n'avaient pas pris les médicaments prescrits, ou les avaient mal pris[8].

Le manque de renseignements pertinents et clairs – sur les effets secondaires des médicaments, sur leurs interactions et sur la posologie à suivre – peut avoir de très graves conséquences pour les patients. Pourtant, deux études faites en 2007 indiquent que les Canadiens n'obtiennent pas les renseignements nécessaires à propos de leur médication.

Étapes de l'usage efficace et sûr des médicaments

Idéalement :

- **le patient obtient un diagnostic correct, en temps opportun;**
- **le professionnel de la santé a pleinement connaissance de l'état de santé du patient (p. ex., comorbidités, allergies, capacité du patient à respecter la posologie du médicament); il prescrit adéquatement les médicaments et a un objectif mesurable pour la santé du patient pour chacun des médicaments;**
- **le médicament est efficace et présente un profil de sécurité acceptable;**
- **le patient a les moyens de payer le médicament prescrit ou il est remboursé par un régime d'assurance-médicaments (sinon, il risque de ne pas se procurer les médicaments prescrits);**
- **le pharmacien délivre le médicament correctement et le patient obtient des conseils pertinents sur la posologie à suivre;**
- **le patient prend le médicament comme indiqué, ou quelqu'un l'aide et vérifie que le médicament est pris comme indiqué;**
- **l'état de santé du patient est suivi de manière appropriée et sa médication est revue régulièrement;**
- **les professionnels de la santé ont pleinement accès aux renseignements du patient;**
- **les professionnels de la santé responsables du patient communiquent régulièrement entre eux;**
- **les payeurs publics et privés analysent les tendances de la prescription et de la consommation de médicaments.**

Les recherches montrent qu'au moins l'une de ces étapes est manquante pour la plupart des patients[17].

Lors de l'Enquête candienne sur l'expérience des soins de santé primaires (2007), 39 % des répondants canadiens adultes ont déclaré qu'au cours des 12 mois précédents, leur médecin ou leur pharmacien avait rarement passé en revue avec eux les médicaments qu'ils prenaient ou ne l'avait pas fait du tout[1]. Et dans l'enquête du Commonwealth Fund en 2007, 15 % des Canadiens adultes hospitalisés au cours des deux années précédentes ont déclaré que personne ne les avait conseillés quant à leurs médicaments d'ordonnance, avant leur sortie de l'hôpital[2].

Les professionnels de la santé ont un rôle capital à jouer quant aux renseignements que doivent avoir les patients sur les médicaments prescrits. Les patients ne savent pas toujours quelles questions ils devraient poser à propos de leurs médicaments. Une étude américaine a montré que 91 % des patients qui avaient participé à une séance d'information guidée avaient posé des questions quant aux effets secondaires potentiels d'un nouveau médicament, mais que seulement 21 % des patients avaient posé des questions sur les interactions entre les médicaments, et que 19 % seulement avaient posé des questions sur la posologie à suivre[18].

Certes, il existe beaucoup de renseignements écrits à l'intention des patients sur les maladies et sur les traitements, dont les médicaments, mais une grande partie de cette information est conflictuelle, inexacte ou peu claire[19,20]. Les recherches montrent que les patients veulent davantage de renseignements sur les effets secondaires des médicaments[21].

DANGERS INATTENDUS DES MÉDICAMENTS

Avant que la commercialisation de nouveaux médicaments ne soit approuvée au Canada, les fabricants de ces médicaments doivent prouver leur efficacité et montrer leurs effets secondaires potentiels par des essais cliniques. Mais bien souvent, ces essais ne portent que sur un nombre restreint de patients, dans des conditions bien définies et sur une durée bien déterminée, généralement pour le seul usage visé par le médicament en question. Néanmoins, les essais cliniques sont considérés comme « l'étalon or » de la recherche scientifique. Quand un médicament est mis en marché et quand il est prescrit à un grand nombre de patients, dans « le monde réel », de graves effets secondaires peuvent parfois se produire de manière inattendue chez certains patients ou dans certaines circonstances.

Les Canadiens se souviendront peut-être du retrait en 2004 de l'analgésique rofecoxib (VIOXX®), alors très couramment utilisé, mais lié à une augmentation inacceptable des risques de crise cardiaque et de maladies du cœur[22,23].

Fardeau financier des médicaments d'ordonnance

Les médicaments d'ordonnance peuvent s'avérer extrêmement coûteux, aussi bien pour les Canadiens que pour leurs assureurs, en particulier pour les gouvernements et pour les employeurs. Bon nombre de Canadiens ont du mal à payer leurs médicaments et c'est là une cause de souci qui vient aggraver leur vulnérabilité due à la maladie ou au chômage.

La hausse des prix des médicaments d'ordonnance pèse lourdement sur les budgets de la santé des gouvernements et soulève de graves questions à propos de la durabilité du système de santé. Les gouvernements disent que l'augmentation des dépenses consacrées aux médicaments empiète sur les priorités des autres secteurs de la santé. Ils ajoutent que la croissance globale des budgets de la santé relègue au second plan d'autres priorités pour tous les gouvernements, notamment dans le domaine de l'éducation et des infrastructures publiques[24].

COÛTS EXCESSIFS DES MÉDICAMENTS POUR LES CANADIENS

Selon une étude internationale faite en 2007, 6 % des Canadiens adultes ont déclaré que leur famille avait dépensé plus de 1 000 $ de sa propre poche (non remboursés par une assurance) au cours de l'année précédente. Ce pourcentage est supérieur à celui de tout autre des sept pays qui ont participé à l'étude, à l'exception des États-Unis[2].

Dans une étude internationale de 2008 sur les adultes « plus malades » (adultes qui avaient des problèmes précis de santé – voir ci-dessous), 11 % des répondants ont dit que leur famille avait dépensé plus de 1 000 $ de sa propre poche (non remboursés par une assurance) au cours de l'année précédente. Le pourcentage des Canadiens atteints de maladies chroniques comme le diabète ou l'arthrite, qui dépensaient beaucoup en médicaments, était encore plus grand : 17 % des Canadiens adultes souffrant d'une maladie chronique et 21 % des Canadiens adultes souffrant de deux maladies chroniques ou plus ont déclaré qu'ils dépensaient plus de 1 000 $ par an de leur propre poche[25].

Chaque province et territoire, de même que le gouvernement fédéral, offre des régimes d'assurance-médicaments aux Canadiens. En fait, au sein d'une même instance, il existe plusieurs régimes d'assurance-médicaments qui offrent une prise en charge selon l'âge (p. ex., personnes âgées), le revenu (p. ex., bénéficiaires de l'aide sociale), l'état de santé ou d'autres facteurs. De plus, bon nombre d'instances assurent une prise en charge des médicaments onéreux aux gens démunis qui n'ont aucune assurance. Mais toutes les instances ne veulent pas, ou ne peuvent pas, offrir les mêmes types d'assurance-médicaments, et les critères varient donc grandement. Le résultat est que tous les Canadiens ne bénéficient pas du même accès à des médicaments à prix abordable; certains Canadiens peuvent être admissibles à un régime gouvernemental d'assurance-médicaments dans une province, mais devoir payer leurs médicaments de leur propre poche s'ils déménagent dans une autre province[26,27].

De 60 % à 75 % des Canadiens adultes ont un régime privé d'assurance pour les médicaments d'ordonnance, tandis qu'environ 25 % en moyenne (de 9 % à 43 %) sont admissibles à un remboursement par le gouvernement[27,28]. Mais même les Canadiens qui bénéficient d'une telle couverture connaissent des difficultés quand le coût des médicaments devient excessif. Quand les assureurs sont confrontés à une hausse des coûts de médicaments d'ordonnance, ils finissent tôt ou tard par demander à leurs bénéficiaires de contribuer davantage aux dépenses, en leur demandant des primes plus élevées, des franchises plus élevées ou des copaiements. Les assureurs peuvent aussi décider de ne pas rembourser certains médicaments. Et dans certains cas, les régimes privés prennent en charge les médicaments jusqu'à un certain maximum par an, ou à vie, ou ne couvrent pas du tout certains médicaments. Enfin, la perte d'un emploi avec couverture d'assurance privée peut plonger la famille d'un patient dans une grave crise financière si ce patient a besoin de médicaments très coûteux, ce qui vient alors aggraver leurs difficultés.

DE TROP NOMBREUX CANADIENS NE PEUVENT PAS ACHETER LEURS MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE

Quand le coût personnel des médicaments devient trop lourd, certains patients prennent des décisions qui peuvent nuire à leur santé[29,30]. Dans l'étude faite en 2007 par le Fonds du Commonwealth, 8 % des répondants canadiens ont déclaré qu'au cours de l'année précédente, ils n'avaient pas fait exécuter une ordonnance, ou avaient sauté une dose de médicaments prescrits, en raison des coûts[2].

Note L'Enquête du Commonwealth de 2008 donne cette définition de « plus malades » : adultes « qui répondaient à au moins l'un des quatre critères suivants – ont déclaré que leur état de santé était passable ou mauvais, ont déclaré qu'ils ont eu une maladie, une blessure ou un handicap grave exigeant des soins médicaux intensifs, au cours des deux dernières années, ont subi une intervention chirurgicale majeure, ou ont été hospitalisés ».

D'autres recherches confirment que les patients qui n'ont pas les moyens de payer leurs médicaments ne font souvent pas exécuter leur ordonnance à la pharmacie, réduisent la dose à prendre sans en informer leur médecin ou leur pharmacien[29], ou partagent leurs médicaments avec les membres de leur famille ou leurs amis[31].

Actuellement, le coût élevé des médicaments d'ordonnance représente pour certains Canadiens une menace financière similaire à celle que posaient les frais de soins hospitaliers et de visites chez le médecin avant que ces services ne soient pris en charge par les gouvernements. La situation n'est pas acceptable pour les Canadiens : dans un sondage d'opinion publique fait en 2006, 83 % des Canadiens ont déclaré que les gouvernements devraient imposer une limite aux dépenses personnelles que doivent faire les particuliers pour acheter des médicaments d'ordonnance. Un nombre encore plus grand de répondants (90 %) ont dit que si un médicament est pris en charge dans une province, il devrait automatiquement être couvert dans toutes les autres[32].

LA FLAMBÉE DES COÛTS PÈSE SUR LES BUDGETS DES PARTICULIERS, DES ASSUREURS ET DES GOUVERNEMENTS

Les dépenses consacrées aux produits pharmaceutiques accaparent une part et une proportion accrues des dollars alloués aux soins de santé, et la hausse des coûts des médicaments dépasse le taux de l'inflation. Au Canada, les dépenses consacrées aux médicaments d'ordonnance ont augmenté en moyenne de 10,6 % par an, de 1985 à 2005, alors que la hausse annuelle moyenne des dépenses totales de santé n'était que de 6,5 %.

En 2006, le total des dépenses en médicaments atteignait 25,3 milliards $ (ceci inclut à la fois les médicaments prescrits et non prescrits, mais pas les médicaments utilisés dans les hôpitaux). En 2008, selon les estimations, ce total devait se situer à 29,8 milliards $. Les gouvernements assument près de 40 % de ces coûts par le biais des régimes publics d'assurance-médicaments, les 60 % restants étaient payés par les assureurs privés et par les Canadiens, qui sentent, eux aussi, les répercussions de la hausse des coûts des médicaments[34].

L'augmentation annuelle des dépenses en médicaments provient en majeure partie d'une augmentation du prix et de la consommation des médicaments, plutôt que de l'inflation ou de changements démographiques.

Les gouvernements ont fait savoir qu'ils ont de plus en plus de difficultés à payer les produits pharmaceutiques et qu'ils devaient puiser dans d'autres secteurs de leur budget pour le faire. De plus, le gouvernements sont aux prises avec des questions complexes d'éthique et de financement à propos des nouveaux médicaments excessivement coûteux destinés au traitement des maladies génétiques rares[24].

COÛT EXCESSIF DES MÉDICAMENTS

L'un des enjeux majeurs est le suivant : les médicaments d'ordonnance pourraient – et devraient – être moins onéreux au Canada.

Les médicaments sont plus chers pour les Canadiens et pour leurs gouvernements que dans bon nombre d'autres pays occidentaux. Ainsi, nos médicaments génériques sur ordonnance nous coûtent plus cher qu'aux habitants de 11 autres pays. Et nous payons davantage pour les médicaments de marque brevetés et non brevetés (voir ci-dessous) que les habitants de la plupart des autres pays étudiés (à l'exception de la Suisse et des États-Unis)[35]. (Voir Figure 3, page 12)

Alors que le prix des médicaments génériques sur ordonnance a baissé dans tous les pays étudiés en 2005, ils n'ont diminué que de 0,3 % au Canada comparativement à des baisses allant de 1,2 % (France) à 32,4 % (R.-U.). De même, pour les médicaments de marque non brevetés délivrés sur ordonnance, les prix au Canada ont augmenté de 3,4 %, alors qu'ils chutaient dans la plupart des autres pays.

Note : Selon la définition du CEPMB, un médicament breveté est un médicament soumis à un examen de prix du CEPMD, un médicament générique est vendu sous le nom de ses principaux ingrédients, un médicament de marque est vendu sous un nom de marque de commerce.

Ces données sont fournies par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) qui surveille l'évolution des prix des médicaments brevetés, à l'échelle internationale, et qui réglemente les prix que peuvent demander les compagnies pharmaceutiques en fonction de comparaisons internationales[35].

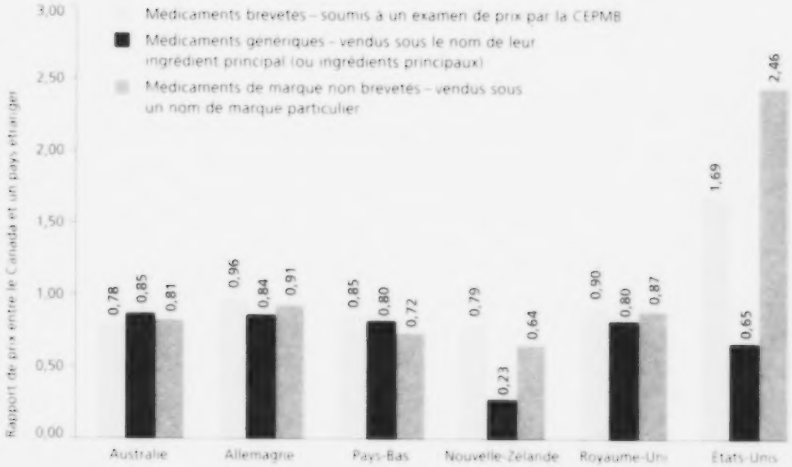
Si les prix des médicaments avaient été contrôlés au Canada et n'avaient pas surpassé la moyenne des prix internationaux en 2005, les dépenses en médicaments non brevetés délivrés sur ordonnance pourraient avoir été réduites de 1,47 milliard $ rien que cette année-là, selon les estimations[36].

De plus, selon un récent rapport du Bureau de la concurrence du Canada, les Canadiens pourraient économiser jusqu'à 800 millions $ par an si des changements étaient apportés à la manière dont les régimes publics et privés d'assurance-médicaments remboursent les produits génériques[37].

SOMMAIRE

Ceci n'est aucunement un tableau complet des défis et des questions complexes que suscitent les produits pharmaceutiques. Mais les renseignements donnés ici montrent clairement que les Canadiens sont grandement exposés à des problèmes évitables de médication. De plus, les médicaments d'ordonnance coûtent beaucoup plus cher au Canada, donc aux Canadiens et à leurs assureurs (gouvernements et employeurs), que dans les autres pays. Ce facteur pèse lourd sur nos budgets personnels, sur la capacité de concurrence de nos entreprises et sur la durabilité de notre système de soins de santé.

La Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, créée en 2004, avait pour objectif de permettre aux provinces, aux territoires et au gouvernement fédéral de résoudre conjointement ces questions. Dans la partie suivante, nous voyons les engagements pris par les gouvernements dans le cadre de cette stratégie et les résultats de leurs efforts plus de quatre années après.



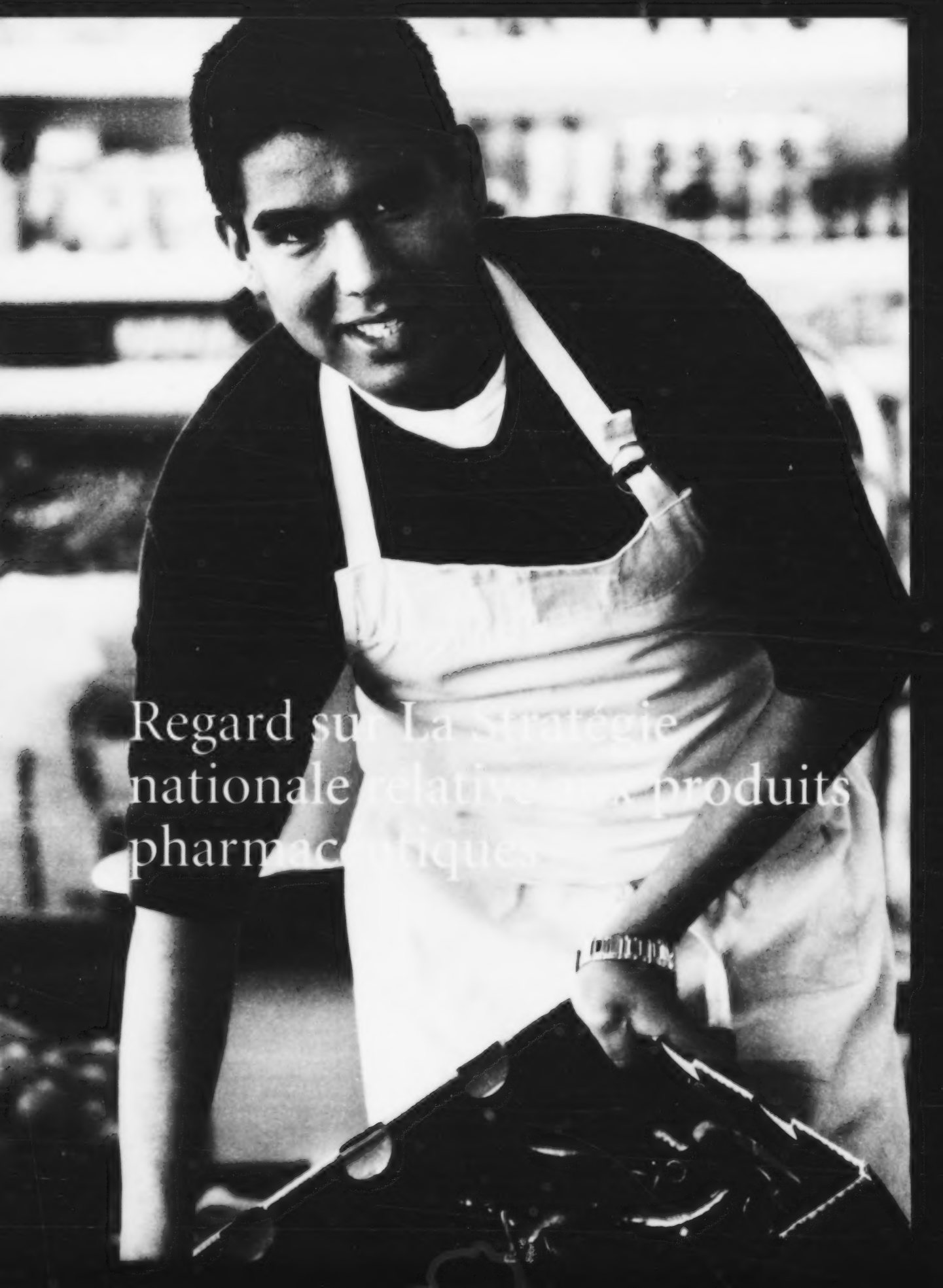
Source : Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) (Juin 2006). Rapport sur les prix des produits pharmaceutiques prescrits non brevetés. Tendances des prix au Canada et à l'étranger

FIGURE 3

Les Canadiens paient plus cher qu'ils ne le devraient pour leurs médicaments prescrits

Les Canadiens paient davantage pour les médicaments prescrits brevetés, médicaments prescrits génériques et médicaments prescrits de marque non brevetés que les habitants de bon nombre de pays occidentaux étudiés (les résultats de six de ces pays sont donnés ici).

Le rapport de prix indiqué entre le Canada et chacun des pays étrangers dans cette figure indique combien les gens paient en moins (ou en plus) pour leurs médicaments dans chacun de ces autres pays. Un rapport de prix équivalant à 1,0 entre le Canada et un pays étranger indique que les prix moyens dans ce pays équivalent aux prix moyens au Canada; un rapport de prix inférieur à 1,0 indique que les prix moyens sont inférieurs aux prix moyens au Canada, tandis qu'un rapport supérieur à 1,0 indique que les prix moyens dans ce pays sont supérieurs aux prix moyens au Canada.



Regard sur La stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques

La Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques Principaux développements, de 2003 à 2008

« Aucun Canadien et aucune Canadienne ne devrait assumer un fardeau financier exagéré pour obtenir les produits pharmaceutiques nécessaires. »

Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé

TRAVAIL PRÉPARATOIRE EN 2003

Le premier ministre du Canada et les premiers ministres des provinces et territoires ont signé un accord sur la santé pour améliorer l'accès à de nombreux services de soins de santé, notamment aux médicaments prescrits nécessaires. Les gouvernements se sont tous entendus pour déclarer que personne ne devrait assumer un fardeau financier exagéré en raison du coût de ses médicaments prescrits.

Dans l'*Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, signé en 2003, les gouvernements se sont engagés à ce que les Canadiens aient raisonnablement accès à la couverture des médicaments onéreux d'ici 2005-2006, peu importe leur lieu de résidence. (Le terme onéreux fait référence aux répercussions du coût des médicaments sur la situation financière des patients.)

Les premiers ministres sont également convenus que l'une de leurs priorités serait de promouvoir conjointement les meilleures pratiques de prescription. De plus, ils se sont engagés à mieux gérer les coûts de tous les médicaments d'ordonnance, dont les médicaments génériques, et à veiller à ce que les médicaments soient sûrs, efficaces et accessibles en temps opportun, à des prix abordables[38].

« L'accès abordable aux médicaments est un élément fondamental permettant des résultats de santé équitables pour tous les citoyens. »

Plan décennal pour consolider les soins de santé

LANCEMENT DE LA STRATÉGIE EN 2004

Les premiers ministres ont recommandé une Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques dans le cadre de leur second accord sur la santé, intitulé *Plan décennal pour consolider les soins de santé*. L'accord déclarait « qu'aucun Canadien et aucune Canadienne ne devrait assumer un fardeau financier exagéré pour obtenir les produits pharmaceutiques nécessaires. De plus, l'accès abordable aux médicaments est un élément fondamental permettant des résultats de santé équitable pour tous les citoyens. »[39]

LES NEUF ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE NATIONALE RELATIVE AUX PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Les premiers ministres ont demandé aux ministres de la Santé de créer un groupe de travail ministériel chargé d'élaborer et d'instaurer une Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques comprenant les neuf mesures d'action suivantes :

1) formuler des options de couverture des médicaments onéreux au Canada;

2) créer la Liste nationale commune des médicaments admissibles fondée sur l'innocuité et la rentabilité;

3) accélérer l'accès à des médicaments de pointe pour répondre à des besoins demeurés insatisfaits, en améliorant le processus d'approbation des médicaments;

4) renforcer l'évaluation de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments déjà sur le marché;

5) appliquer des stratégies d'achat visant à obtenir les meilleurs prix pour les médicaments et les vaccins destinés aux Canadiens;

6) intensifier l'intervention pour influencer les habitudes de prescription des professionnels de la santé, de sorte que les médicaments soient utilisés uniquement lorsque le besoin est réel et que le médicament convienne bien au problème;

7) élargir la prescription électronique, en accélérant l'élaboration et le lancement des télédossiers de santé;

8) accélérer l'accès à des médicaments non brevetés et viser la parité internationale des prix des médicaments non brevetés; et

9) améliorer l'analyse des générateurs de coûts et de la rentabilité, y compris les pratiques exemplaires incluses dans les politiques des régimes d'assurance-médicaments[39].

DÉVELOPPEMENTS EN 2005

Les ministres de la Santé se sont rencontrés et ont réaffirmé leur engagement envers la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. Ils ont alors demandé à leurs ministres de la Santé de prendre les mesures suivantes :

- accélérer les travaux sur la couverture des médicaments onéreux;
- élargir la portée du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) à tous les médicaments, et non uniquement aux nouveaux médicaments considérés après le commencement des travaux du PCEM en 2003 (le PCEM a pour objectif d'évaluer le rapport coût-efficacité des médicaments et de faire des recommandations aux gouvernements quant aux médicaments qui devraient être financés par leurs régimes d'assurance-médicaments);
- travailler de concert à un Formulaire national commun (liste des médicaments approuvés pour une prise en charge par les divers régimes gouvernementaux d'assurance-médicaments) pour que tous les Canadiens obtiennent le remboursement des mêmes médicaments;

- confier au Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés la tâche supplémentaire de suivre l'évolution des prix des médicaments non brevetés délivrés sur ordonnance et d'en faire rapport; et
- entreprendre des programmes de recherche à durée déterminée sur les traitements de deux maladies rares – maladie de Fabry et MPS1 maladie de Hurler Schie – en mode de risques partagés pour les fabricants[40].

CHANGEMENTS EN 2006

Les premiers ministres ont demandé au groupe de travail ministériel de faire un rapport d'étape sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques et de « continuer à travailler aux éléments essentiels ... en portant une attention toute particulière au programme de médicaments onéreux ».

Dans un rapport d'étape fait plus tard cette année-là, le groupe de travail ministériel a déclaré que les éléments suivants de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques retiendraient « l'attention à court ou à moyen terme » :

- couverture des médicaments onéreux;
- médicaments coûteux pour maladies rares;
- formulaire national commun;
- stratégies de fixation des prix et des achats; et
- innocuité et efficacité des médicaments dans le monde réel.

Le rapport indiquait que l'objectif était de « faciliter l'obtention de résultats concrets, en temps opportun, pour les Canadiens ». Mais plusieurs éléments de la stratégie d'origine conçue en 2004 n'étaient pas inclus parmi les éléments essentiels et se retrouvaient donc essentiellement marginalisés :

- accélérer l'accès à des médicaments de pointe pour répondre à des besoins demeurés insatisfaits en améliorant le processus d'approbation des médicaments;
- intensifier l'intervention pour influencer les habitudes de prescription des professionnels de la santé, de sorte que les médicaments soient utilisés uniquement lorsque le besoin est réel et que le médicament convienne bien au problème; et
- élargir la prescription électronique en accélérant l'élaboration et le lancement des télédossiers de santé[35].

2009 : SITUATION ACTUELLE DE LA STRATÉGIE NATIONALE RELATIVE AUX PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Durant les quelques premières années, la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques a fait l'objet d'une collaboration « sans précédent »[41] entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Mais les gouvernements se sont succédé et les progrès ont ralenti. Certes, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux ont poursuivi leurs travaux sur divers aspects de cette stratégie, mais pas toujours conjointement par le biais du groupe de travail ministériel sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques.

Aucun autre renseignement public n'a été communiqué à propos de cette stratégie jusqu'en septembre 2008. Lors de leur assemblée annuelle, tenue ce mois-là, les provinces et les territoires ont rendu publique une liste de points de décision qu'ils avaient élaborée. Les ministres provinciaux et territoriaux ont alors signalé leur intention de rehausser le profil de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques et d'en négocier certains éléments avec le gouvernement fédéral :

- **Établir une norme minimale d'assurance-médicaments pour tous les Canadiens.** L'accord proposé de financement respecterait la souplesse et l'autonomie des provinces et territoires, leur laissant concevoir leurs programmes pour leurs populations respectives; il se fonderait sur le principe que le coût des médicaments d'ordonnance ne dépasse pas 5 % du revenu net de base de leurs populations respectives; et il reconnaîtrait le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral en sa qualité de partenaire à parts égales (50/50) dans le financement provincial/territorial pour la couverture des médicaments onéreux.
- **Créer un Programme canadien d'accès aux médicaments pour les maladies rares.** Le programme proposé ferait appel à un modèle décisionnel centralisé et transparent, misant sur la participation du public, avec une mise en commun du financement à parts égales (50/50 gouvernement fédéral/province et territoire) et il exigerait une participation aux travaux de recherche et de surveillance.
- **Appuyer un programme financé par le gouvernement fédéral pour renforcer le suivi des médicaments et pour veiller à leur innocuité et à leur efficacité dans le monde réel.**

Les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé ont fait savoir qu'à leurs avis, les points suivants devraient désormais être explorés séparément :

- L'objectif d'un **Formulaire national commun** a été atteint grâce à la mise en place du Programme commun d'évaluation des médicaments.
- Un **système national d'achat et de fixation des prix des médicaments** pour réaliser des économies n'est pas réaliste actuellement, mais des collaborations interprovinciales seraient judicieuses[24].

À compter de janvier 2009, aucun autre communiqué public n'a été fait sur l'avancement des discussions avec le gouvernement fédéral, ou sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques.

Promesses et réalités

En 2008, le Conseil canadien de la santé a procédé à un examen de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, pour déterminer les progrès réalisés au cours des quatre années qui ont suivi son lancement.

Nous avons alors compilé les progrès signalés à compter de janvier 2009 en nous appuyant sur des documents publics, sur des renseignements donnés par les représentants des différentes instances et sur des discussions avec des spécialistes et des universitaires qui travaillaient aux politiques de santé et à la gestion des produits pharmaceutiques.

COUVERTURE DES MÉDICAMENTS ONÉREUX

« Formuler, évaluer et estimer les coûts des options de couverture des médicaments onéreux. »

Le coût élevé des médicaments peut avoir un effet dévastateur – catastrophique – pour les Canadiens qui ne répondent pas aux critères des régimes publics d'assurance-médicaments et qui n'ont pas d'assurance-santé.

Contrairement à ce que croit généralement le public, les personnes atteintes de maladie comme le VIH ou le cancer ne sont pas les seules à avoir besoin d'aide en raison du coût élevé des médicaments. Certains patients qui sont atteints de maladies chroniques et qui doivent prendre plusieurs médicaments d'ordonnance peuvent, eux aussi, avoir du mal à joindre les deux bouts. Les gouvernements se sont entendus pour reconnaître qu'aucun Canadien ne devrait assumer un fardeau financier exagéré pour obtenir les produits pharmaceutiques nécessaires[39] – engagement qu'ils ont surtout précisé dans l'Accord sur la santé signé en 2004.

Certaines instances offrent des programmes d'assurance-médicaments qui comprennent le remboursement des médicaments onéreux. D'autres ont des programmes d'assurance-médicaments auxquels leurs résidents ont accès en fonction de leur revenu et selon qu'ils ont ou non un régime privé d'assurance pour les médicaments onéreux[26]. Les membres des Premières nations et les Inuits qui n'ont pas d'assurance peuvent être pris en charge pour la couverture des médicaments onéreux par les Services de santé non assurés pour les Premières nations et les Inuits[42].

Les critères des différents régimes d'assurance-médicaments varient, de même que les dépenses que les patients doivent faire de leur poche. De plus, chaque instance a un Formulaire des pharmaciens (liste des médicaments pris en charge par le régime d'assurance de cette instance), qui varie entre chacune des instances. Ainsi, un médicament coûteux peut être pris en charge par une province, mais non par une autre. Le problème de l'abordabilité des médicaments onéreux est tout particulièrement vif dans le Canada atlantique[26,43].

L'un des objectifs de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques était d'établir des critères communs de couverture des médicaments onéreux – et d'en déterminer le coût[39].

Dans le rapport d'étape du groupe de travail ministériel sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, en 2006, les gouvernements ont indiqué qu'ils considéraient des critères nationaux uniformes – par exemple un pourcentage du revenu – pour déterminer la franchise que les Canadiens auraient à payer avant de bénéficier d'une couverture des médicaments onéreux[36].

Aucun autre renseignement public n'a été communiqué pendant plus de deux années. Puis lors de leur assemblée annuelle en septembre 2008, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont émis une déclaration publique sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, indiquant qu'ils s'étaient entendus « pour dire que la couverture des médicaments onéreux est aussi essentielle pour les Canadiens que la couverture assurée pour les visites chez le médecin ou à l'hôpital » et que « le gouvernement fédéral devrait assumer dans une quelconque mesure le financement requis pour établir une norme minimale d'assurance-médicaments pour tous les citoyens »[24]. Les ministres ont fait savoir qu'ils avaient l'intention de poursuivre la question avec le gouvernement fédéral.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont indiqué qu'ils voulaient concevoir, avec le gouvernement fédéral, une formule de financement qui leur convienne mutuellement pour appuyer « une norme nationale d'assurance-médicaments pour tous les Canadiens ». Les provinces et territoires espèrent créer et/ou maintenir en place un programme qui réponde au maximum aux besoins de leurs résidents et grâce auquel le coût des médicaments d'ordonnance ne dépasse pas en moyenne 5 % du revenu net de base de leurs populations respectives. Ils proposent une mise en commun du financement à parts égales (50/50 gouvernement fédéral/province et territoire) pour la couverture des médicaments onéreux[24].

En janvier 2009, aucun autre communiqué n'avait été rendu public à propos de la couverture des médicaments onéreux.

À NOTER

Plusieurs instances ont pris des mesures au cours des dernières années pour modifier leur régime public d'assurance-médicaments afin que leurs résidents aient mieux accès aux médicaments à un prix plus abordable, ou ont annoncé leur intention de le faire : Alberta[44], Terre-Neuve-et-Labrador[45], Nouvelle-Écosse[46], Île-du-Prince-Édouard[47] et Saskatchewan[48].

MÉDICAMENTS COÛTEUX POUR MALADIES RARES

« Entreprendre des recherches sur les médicaments coûteux pour les maladies rares. »

En 2005, les ministres de la Santé ont ajouté un autre élément essentiel à leur Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques : le financement des médicaments coûteux pour les patients atteints de maladies rares. De plus en plus, le public fait pression sur les gouvernements pour qu'ils financent ces médicaments – alors que bien souvent il n'existe pas de preuve scientifique suffisante pour prendre une telle décision[40].

Dans le cas des maladies rares, il est souvent très difficile de trouver suffisamment de patients pour mener des essais cliniques scientifiques pertinents afin de déterminer si les nouveaux médicaments sont bons ou non – ou s'ils sont suffisamment efficaces pour justifier un financement. Les gouvernements se sont engagés à entreprendre des programmes de recherche de durée déterminée sur deux maladies – maladie de Fabry et MPS1 maladie de Hurler Schie – en partageant les risques avec les fabricants[36,40]. L'étude canadienne sur la maladie de Fabry a été entreprise en 2006. C'est un projet de recherche de trois ans qui a pour objectif de recueillir des renseignements sur l'efficacité de deux traitements de substitutions enzymatiques, dans le monde réel. L'étude est financée par le gouvernement fédéral, par les gouvernements provinciaux et par deux compagnies pharmaceutiques qui ont développé les enzymes de traitement[49,50].

Les gouvernements ont déterminé que cette question exigeait une collaboration dans le cadre de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques en raison du coût extrêmement élevé de ces thérapies (p. ex., de 263 000 $ à 290 000 $ par année pour traiter la maladie de Fabry[51]) et à cause de la réaction en chaîne

qui peut se produire quand une instance décide de financer ce type de médicaments. Aussitôt, le public fait pression sur les autres instances pour qu'elles emboîtent le pas et certains patients peuvent même envisager de déménager dans la province ou le territoire qui a décidé de prendre en charge ces médicaments.

En septembre 2008, les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé ont fait savoir qu'ils comptaient demander au nouveau gouvernement fédéral de créer un Programme canadien d'accès aux médicaments pour les maladies rares. Ce programme ferait appel à un processus décisionnel transparent et centralisé, avec participation du public, et une mise en commun du financement à parts égales (50/50 gouvernement fédéral/province et territoire)[24]. En janvier 2009, aucun autre renseignement public n'avait été communiqué à propos de cette proposition.

À NOTER

En décembre 2008, l'Alberta a annoncé son intention de financer les médicaments coûteux pour les personnes atteintes de maladies génétiques rares, la condition étant un minimum de cinq années de résidence dans cette province[44].

MÉDICAMENTS DE POINTE

« Accélérer l'accès à des médicaments de pointe pour répondre à des besoins demeurés insatisfaits en améliorant le processus d'approbation des médicaments. »

Tous les nouveaux médicaments d'ordonnance doivent être approuvés, sur le plan de leur innocuité et de leur efficacité, par Santé Canada avant d'être commercialisés à l'intention des Canadiens. Mais de nouveaux médicaments « de pointe » peuvent être temporairement distribués (sous réserve de certaines restrictions) pour des raisons de compassion. C'est le cas de nouveaux médicaments pour des maladies comme le VIH et le cancer.

Sur ce point, l'objectif de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques était d'améliorer l'accès aux médicaments de pointe, en modifiant les politiques et les règlements dont dépend le processus d'approbation des médicaments. Mais cet élément n'a pas été inclus dans la liste des priorités données dans le rapport d'étape de 2006 sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. Même des éléments aussi fondamentaux que la définition à donner d'un « médicament de pointe » n'ont pas été réglés.

À NOTER

Certaines instances, comme l'Ontario (voir *Projet de loi 102 – Loi audacieuse en Ontario pour réduire les coûts et améliorer l'accès aux médicaments*, page 19), se sont efforcées de surveiller le processus d'examen suivi par Santé Canada pour considérer les nouvelles thérapies prometteuses, afin de pouvoir décider rapidement de financer ou non un médicament une fois qu'il a été approuvé par le gouvernement fédéral. Les patients pourraient ainsi obtenir sans tarder le médicament en question.

FIXATION DES PRIX ET ACHATS

« Appliquer des stratégies d'achat visant à obtenir les meilleurs prix pour les médicaments et les vaccins destinés aux Canadiens. »

« Accélérer l'accès à des médicaments non brevetés et viser la parité internationale des prix des médicaments non brevetés. »

Les gouvernements dépensent des sommes considérables en médicaments prescrits dans les hôpitaux ou remboursés par les régimes publics d'assurance-médicaments. Ils dépenseront encore davantage une fois qu'ils auront étendu la couverture des médicaments onéreux à l'échelle nationale ou qu'ils auront approuvé le remboursement des médicaments très coûteux pour les maladies rares. C'est pourquoi il est de plus en plus important pour eux de trouver des moyens de réaliser des économies dans les budgets consacrés aux médicaments d'ordonnance. Comme indiqué plus tôt, les médicaments sont plus coûteux au Canada que beaucoup d'autres pays occidentaux[35].

Projet de loi 102 – Loi audacieuse en Ontario pour réduire les coûts et améliorer l'accès aux médicaments

En juin 2006, l'Assemblée législative de l'Ontario a adopté le Projet de loi 102, *Loi sur un régime de médicaments transparent pour les patients*. Selon le ministre de la Santé et des Soins de longue durée de cette province, le gouvernement espère ainsi économiser jusqu'à 277 millions $ par an[52].

La nouvelle Loi comprend les points suivants :

- **réaliser des économies importantes grâce à des rabais d'achats en gros pour tous les médicaments destinés au Programme de médicaments de l'Ontario, dont les dépenses en médicaments sont actuellement de 3,4 milliards $ chaque année;**
- **éliminer les échappatoires qui permettent des hausses inacceptables de prix des médicaments;**
- **améliorer l'accès aux médicaments pour les patients. Le gouvernement permettra des décisions rapides de financement pour les médicaments de pointe, dans le cas des maladies constituant un danger de mort. En cas de non-approbation, le gouvernement informera les patients et les fabricants des raisons de sa décision;**
- **écouter les points de vue par l'entremise d'un nouveau Conseil des citoyens qui conseillera le Ministère sur les aspects sociaux des politiques et des priorités en matière de médicaments;**
- **renforcer la transparence en donnant aux patients un rôle à jouer dans les décisions du Comité d'examen des médicaments concernant l'inscription des médicaments sur la liste gouvernementale;**
- **reconnaître le rôle précieux joué par les pharmaciens dans les soins aux patients en les payant pour conseiller davantage les patients et prodiguer d'autres services professionnels;**
- **utiliser l'expertise des pharmaciens de l'Ontario grâce à un nouveau Conseil des pharmaciens pour conseiller le Ministère et l'administrateur du programme public de médicaments, et**
- **libérer les médecins du fardeau administratif associé aux médicaments d'accès exceptionnel (médicaments qui exigent une autorisation spéciale des médecins pour être remboursés par les gouvernements)[52,53].**

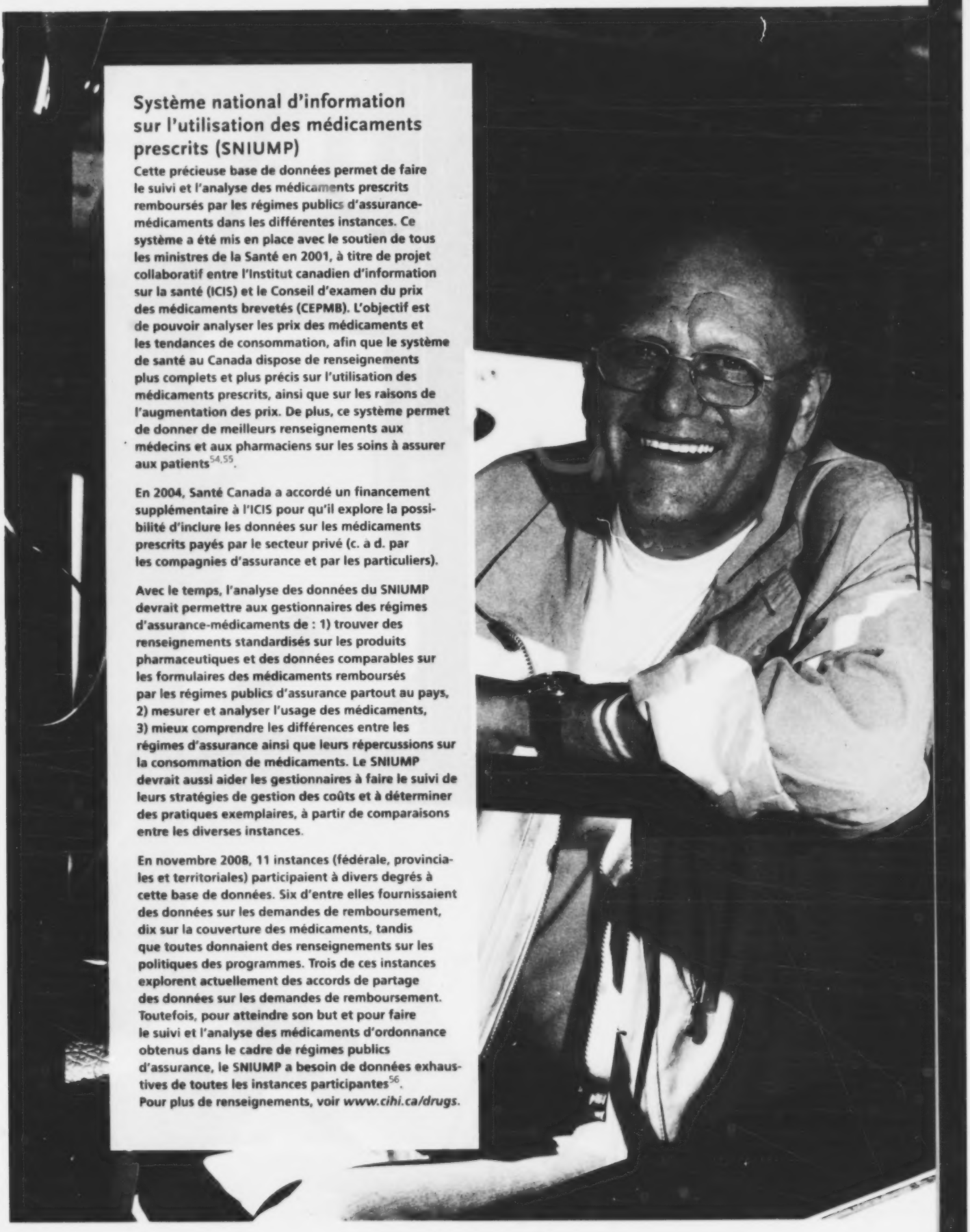
Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP)

Cette précieuse base de données permet de faire le suivi et l'analyse des médicaments prescrits remboursés par les régimes publics d'assurance-médicaments dans les différentes instances. Ce système a été mis en place avec le soutien de tous les ministres de la Santé en 2001, à titre de projet collaboratif entre l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB). L'objectif est de pouvoir analyser les prix des médicaments et les tendances de consommation, afin que le système de santé au Canada dispose de renseignements plus complets et plus précis sur l'utilisation des médicaments prescrits, ainsi que sur les raisons de l'augmentation des prix. De plus, ce système permet de donner de meilleurs renseignements aux médecins et aux pharmaciens sur les soins à assurer aux patients[54,55].

En 2004, Santé Canada a accordé un financement supplémentaire à l'ICIS pour qu'il explore la possibilité d'inclure les données sur les médicaments prescrits payés par le secteur privé (c. à d. par les compagnies d'assurance et par les particuliers).

Avec le temps, l'analyse des données du SNIUMP devrait permettre aux gestionnaires des régimes d'assurance-médicaments de : 1) trouver des renseignements standardisés sur les produits pharmaceutiques et des données comparables sur les formulaires des médicaments remboursés par les régimes publics d'assurance partout au pays, 2) mesurer et analyser l'usage des médicaments, 3) mieux comprendre les différences entre les régimes d'assurance ainsi que leurs répercussions sur la consommation de médicaments. Le SNIUMP devrait aussi aider les gestionnaires à faire le suivi de leurs stratégies de gestion des coûts et à déterminer des pratiques exemplaires, à partir de comparaisons entre les diverses instances.

En novembre 2008, 11 instances (fédérale, provinciales et territoriales) participaient à divers degrés à cette base de données. Six d'entre elles fournissaient des données sur les demandes de remboursement, dix sur la couverture des médicaments, tandis que toutes donnaient des renseignements sur les politiques des programmes. Trois de ces instances explorent actuellement des accords de partage des données sur les demandes de remboursement. Toutefois, pour atteindre son but et pour faire le suivi et l'analyse des médicaments d'ordonnance obtenus dans le cadre de régimes publics d'assurance, le SNIUMP a besoin de données exhaustives de toutes les instances participantes[56].
Pour plus de renseignements, voir *www.cihi.ca/drugs*.



En 2005, dans le cadre de leurs travaux sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, les ministres de la Santé ont demandé au Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) de suivre l'évolution des prix des médicaments non brevetés à l'échelle nationale et dans le monde[35]. Le CEPMB fait maintenant ce suivi, mais il ne réglemente aucunement les prix des médicaments non brevetés, alors qu'il réglemente ceux des médicaments brevetés.

En 2006, le groupe de travail ministériel a déclaré qu'il considérait diverses options en vue de mettre en place un cadre complet de fixation des prix et des stratégies d'achat à l'échelle nationale. Il a recommandé que le Canada adopte « une approche de gestion opérationnelle » en ce qui concerne la fixation des prix, en donnant la priorité aux médicaments génériques en raison de leur coût élevé pour les Canadiens[36].

En septembre 2008, les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé ont déclaré qu'à leur avis : « L'adoption d'une approche nationale en matière d'achat et de fixation des prix n'est pas encore réaliste, considérant le développement économique et les considérations législatives/politiques de chaque province et territoire. » Mais ils ont fait cette recommandation : « On devrait donc continuer de rechercher des collaborations interprovinciales individuelles hors du cadre de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. » Ils ont donc essentiellement recommandé à chaque province et territoire de prendre individuellement la responsabilité de cet engagement ou de le faire par l'entremise de collaborations interprovinciales[24].

À NOTER

L'Ontario[53], le Québec[57] et Terre-Neuve-et-Labrador[58] ont eu recours à la loi pour modifier fondamentalement leur approche en matière de fixation des prix et des stratégies d'achat. Certaines provinces, comme la Colombie-Britannique et l'Alberta, ont joint leurs forces pour envisager d'acheter conjointement les médicaments[59].

ANALYSE DES COÛTS

« Améliorer l'analyse des générateurs de coûts et de la rentabilité, y compris les pratiques exemplaires incluses dans les politiques des régimes d'assurance-médicaments. »

Les gouvernements pourraient faire des économies dans le cadre de leurs régimes d'assurance-médicaments grâce des stratégies comme une meilleure gestion, une meilleure coopération entre les instances et une amélioration des habitudes de prescription chez les professionnels de la santé. Pour parvenir à réduire les coûts, il faut étudier de près les raisons de leur augmentation, par exemple en examinant les tendances de prescription, la consommation accrue des médicaments, les hausses de prix, les prescriptions inappropriées et les tendances démographiques. Il faut aussi considérer les stratégies fructueuses suivies par d'autres instances et d'autres pays.

La Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques n'a mené à aucune mesure d'action directe sur ce plan, mais a noté que des activités sont partiellement en cours grâce au Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP).

INFLUENCER LES HABITUDES DE PRESCRIPTION

« Intensifier l'intervention pour influencer les habitudes de prescription des professionnels de la santé, de sorte que les médicaments soient utilisés uniquement lorsque le besoin est réel et que médicament convienne bien au problème. »

Étant donné que des milliers de médicaments d'ordonnance sont actuellement en marché, et qu'un nombre grandissant vient s'y ajouter constamment, c'est tout un défi pour les professionnels de la santé de rester bien informés des options et des effets secondaires des nouveaux médicaments, ainsi que des risques d'interaction entre chacun des traitements possibles. Et comme les patients obtiennent souvent plusieurs ordonnances auprès de plusieurs professionnels de la santé, le défi se trouve accru.

Cependant, pour qu'un patient obtienne une prescription efficace et sûre, répondant à ses besoins, il est critique pour le prescripteur d'avoir des renseignements actualisés et cohérents. Par exemple, il se peut qu'un patient âgé ait besoin d'une dose moindre ou d'un autre médicament qu'un jeune adulte.

Très souvent, les médecins sont informés de l'existence de nouveaux médicaments par les représentants des compagnies pharmaceutiques. Or l'industrie pharmaceutique a été accusée de trop faire valoir les éléments positifs des études et de minimiser les effets adverses des médicaments[60]. Les professionnels de la santé qui prescrivent et qui délivrent des médicaments d'ordonnance ont besoin de renseignements factuels, aisément accessibles, sur la posologie de chaque médicament et sur ses risques, ainsi que sur les options les plus économiques pour les patients.

En 2006, le groupe de travail ministériel a assuré aux Canadiens que deux projets étaient en cours pour contribuer à influencer les habitudes de prescription des professionnels de la santé. Mais aucun de ces deux projets n'était mené dans le cadre de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. Ces deux projets – le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) et le Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments (SCPUOM) – apportent des outils et des stratégies aux médecins pour les aider à prescrire les médicaments les plus appropriés. Le SCPUOM, créé en 2004 par les sous-ministres de la Santé, est financé par Santé Canada pour venir en appui à toutes les instances[36].

Tout comme le projet de télédossiers de santé, le SCPUOM et le SNIUMP ont le potentiel d'influencer à long terme les habitudes de prescription, mais l'engagement de toutes les instances est requis à cette fin.

Cet engagement à influencer les habitudes de prescription n'a pas été cité comme une priorité dans le rapport d'étape de 2006 sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. Le groupe de travail ministériel a déclaré alors qu'il suivrait les progrès réalisés dans ce domaine et que des relations seraient établies, le cas échéant, pour influencer les habitudes de prescription[36].

Le Conseil canadien de la santé s'est inquiété de cette lacune. C'est pourquoi il a parrainé un symposium de politique en 2007, « Sain et sûr : Optimiser les habitudes de prescription ». On trouvera un rapport sommaire des principaux thèmes et idées-force à *www.conseilcanadiendelasante.ca*. Les spécialistes ont recommandé diverses mesures pour parvenir à des prescriptions appropriées, proposant par exemple d'offrir davantage de séances individuelles de formation aux médecins (voir *Formation continue en pharmacothérapie – Donner les bons renseignements aux prescripteurs*, page 23).

Formation continue en pharmacothérapie : Donner les bons renseignements aux prescripteurs

Une des mesures mises en place par plusieurs provinces, appelée formation continue en pharmacothérapie, vise à donner aux médecins et aux autres prescripteurs les renseignements les plus actuels sur les médicaments et sur les pratiques de prescription recommandées.

Le responsable de cette formation continue en pharmacothérapie est le plus souvent un pharmacien, qui fournit des renseignements probants aux médecins à propos de médicaments d'ordonnance précis ou de catégories de médicaments, pour optimiser la prescription[60]. L'objectif est d'équilibrer les renseignements apportés par les représentants des compagnies pharmaceutiques, source la plus courante de renseignements pour les médecins.

Les preuves sont nombreuses que les programmes de formation continue en pharmacothérapie sont utiles pour modifier les habitudes de prescription des médecins[61,62,63]. En 2008, seules quatre provinces avaient de tels programmes (Colombie-Britannique, Nouvelle-Écosse, Saskatchewan et Manitoba). En Colombie-Britannique, le programme a récemment été élargi et 10 pharmaciens à plein temps appuient actuellement jusqu'à 2 000 médecins et autres professionnels de la santé dans cette province, alors qu'auparavant un seul était en place[64]. En Alberta, le programme provincial a été suspendu, mais la formation continue en pharmacothérapie se fait encore au niveau régional[60].

Le nombre total de formateurs dans ce domaine est petit au Canada, selon les estimations. Par contre, l'industrie pharmaceutique emploie de 5 500 à 6 000 représentants au pays[60].

Prescription électronique et innocuité des médicaments

Des millions de dollars sont investis partout au pays dans l'infrastructure de soutien des télédossiers de santé et des bases de données sur les médicaments. Ces outils sont essentiels à de nombreux aspects du système de médicaments, permettant aussi bien d'améliorer les manières dont les médicaments sont prescrits et utilisés, que de suivre et d'analyser les données qui influent sur les politiques.

Bien qu'Inforoute Santé du Canada ne finance pas spécifiquement les projets de prescription électronique, la structure informationnelle des télédossiers de santé conçue et financée par cet organisme viendra appuyer les projets de prescription électronique partout au Canada. Inforoute Santé du Canada a alloué 250 millions $ à l'élaboration de systèmes d'information sur les médicaments au pays avec l'objectif de transmettre, de consulter et de confirmer les ordonnances électroniquement. Une fois que ces systèmes seront en place, ils identifieront automatiquement les interactions entre les médicaments et ajouteront ces renseignements au profil pharmaceutique du patient pour signaler tout danger potentiel[65].

L'objectif est de « procéder à la saisie et au stockage électroniques d'environ 75 % des renseignements sur les médicaments délivrés sur ordonnance d'ici 2010, et 95 % d'ici 2016, et donner accès au profil pharmaceutique des patients à environ 50 % des pharmacies de détail d'ici 2010 et à 100 % d'ici 2016 »[66]. En mars 2008, des systèmes de renseignements pharmaceutiques avaient été mis en place pour 50 % de la population en Colombie-Britannique, au Manitoba et en Ontario, tandis qu'ils étaient en voie d'adoption pour 100 % de la population en Alberta, dans l'Île-du-Prince-Édouard et en Saskatchewan. Exception faite des Territoires du Nord-Ouest, qui n'ont pas encore amorcé de plan en ce sens, les autres provinces et territoires en sont à la planification ou à l'instauration de tels systèmes[66]. Autre élément à considérer : les médecins de famille doivent être connectés à ces systèmes. Actuellement, beaucoup d'entre eux doivent payer les frais d'infrastructure électronique qui les rattache aux télédossiers de santé et aux bases de données.

À noter

De nombreuses instances ont mis en place des systèmes de renseignements pharmaceutiques. Depuis 1995, le gouvernement de la Colombie-Britannique gère une base de données informatisées, appelée PharmaNet. Toutes les pharmacies de la province sont reliées à cette base de données. PharmaNet joue un rôle clé dans la réduction des problèmes de médication : les pharmaciens et les autres professionnels de la santé autorisés, dans les hôpitaux ou les cabinets de médecins, peuvent consulter PharmaNet pour y trouver les renseignements les plus actualisés sur le profil pharmaceutique d'un patient. L'un des nombreux avantages du système est qu'il permet aux professionnels de la santé de signaler les effets secondaires potentiels ainsi que les interactions dangereuses entre médicaments[67].

PRESCRIPTION ÉLECTRONIQUE

« Élargir la prescription électronique en accélérant l'élaboration et le lancement des télédossiers de santé. »

Rédiger et envoyer une ordonnance à une pharmacie par voie électronique permet de réduire les erreurs de médication, car le pharmacien risque moins de mal interpréter cette ordonnance qu'une ordonnance manuscrite[68], et le processus de prescription est plus rapide pour le patient.

En 2006, le rapport du groupe de travail ministériel sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques a indiqué que deux mesures avaient été prises dans cet objectif :

1) Santé Canada et Inforoute Santé du Canada, agissant au nom des provinces et territoires participants, ont collaboré pour déterminer une norme technique et un protocole à utiliser partout au Canada afin de garantir l'exactitude des prescriptions électroniques.

2) Lors de consultations en 2005, les intervenants se sont entendus sur la norme proposée et ont appuyé les amendements à apporter à tout règlement afin d'instaurer la prescription électronique, comme voulait le faire Santé Canada[36].

Mais le groupe de travail ministériel sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques n'a fait aucune recommandation à propos de cet engagement. Le rapport du groupe de travail en 2006 a simplement parlé en termes généraux d'intégrer la prescription électronique aux autres systèmes électroniques existants ou émergents, ainsi qu'aux pratiques et aux moyens de promotion actuels[36].

FORMULAIRE NATIONAL COMMUN POUR LES MÉDICAMENTS

« Créer la Liste nationale commune des médicaments admissibles fondée sur l'innocuité et la rentabilité. »

La liste des médicaments financés par le gouvernement dans le cadre de son régime public d'assurance-médicaments est appelée formulaire. Actuellement, chaque province et territoire a son propre formulaire, de même que le gouvernement fédéral. Créer un formulaire national commun a pour but de garantir que les mêmes médicaments prescrits sont financés dans chacune des instances.

Avant 2003, chacun des gouvernements provinciaux et territoriaux faisait ses propres évaluations de l'efficacité clinique et de la rentabilité des médicaments, ce qui explique en partie pourquoi les formulaires existants étaient si différents. Mais depuis, tous les gouvernements (à l'exception du Québec) utilisent un processus centralisé – Programme commun d'évaluation des médicaments – pour effectuer ces évaluations. Des spécialistes font une analyse rigoureuse et objective des médicaments puis recommandent quels médicaments d'ordonnance les gouvernements devraient rembourser dans le cadre de leurs régimes publics.

La décision finale reste prise indépendamment par chacune des instances. Mais le Programme commun d'évaluation des médicaments représente un grand pas en avant dans la collaboration et la coopération entre les gouvernements. En effet, il permet à chacune des instances d'économiser du temps et de l'argent, puisque chacune n'a plus à faire individuellement l'évaluation des médicaments[69,70]. Toutefois, la mise en place de ce programme n'a pas été sans difficulté et son processus et son efficacité ont donné lieu à certaines critiques[71].

En 2006, le groupe de travail ministériel sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques a recommandé une expansion progressive du Programme commun d'évaluation des médicaments pour accroître la similarité entre les divers formulaires publics et il a poursuivi les discussions en vue de la mise en place d'un Formulaire national commun. Ce groupe

de travail a également recommandé un élargissement de ce programme pour y inclure des médicaments qui ne relevaient pas de son mandat d'origine et pour considérer la faisabilité et les avantages d'un processus commun d'évaluation des médicaments contre le cancer[36] (processus qui a commencé en 2007).

Bien que certaines iniquités subsistent dans la couverture des médicaments d'ordonnance partout au pays[27], les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé ont déclaré en septembre 2008 qu'à leur avis le besoin d'un formulaire national commun ne se faisait plus sentir. Ils ont dit alors que les listes de couverture des provinces et territoires présentaient plus de 90 % de produits en commun[24] (précisons que certains professionnels de la santé croient que ce pourcentage est en fait bien moindre[72]). Mais ceci signifie que 10 % des médicaments, dont certains sont nouveaux ou onéreux, ne sont pas pris en charge uniformément partout au pays. Les Canadiens doivent savoir quels sont ces médicaments et doivent être informés des mesures d'action que les gouvernements comptent prendre pour refermer cet écart de 10 %.

INNOCUITÉ ET EFFICACITÉ DES MÉDICAMENTS DANS LE MONDE RÉEL

« Renforcer l'évaluation de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments dans le monde réel. »

Les risques et les avantages des médicaments sont généralement déterminés lors d'essais cliniques (recherches faites auprès des patients), avant l'approbation de leur mise en marché. Mais parfois, des effets secondaires nouveaux et potentiellement dangereux apparaissent une fois qu'un produit est déjà commercialisé et utilisé par de nombreuses personnes dans le monde réel.

Les renseignements sur les effets positifs et négatifs des médicaments d'ordonnance changent avec le temps, tout comme changent les renseignements sur les interactions entre eux. Afin de garantir l'innocuité des médicaments pour les patients, les pays doivent recourir à des stratégies proactives de collecte et d'interprétation des données à partir de patients qui prennent ces médicaments dans le monde réel. Les pays doivent aussi mettre en place des politiques et des protocoles leur permettant de prendre des mesures d'action pertinentes, le cas échéant.

L'un des défis que présente la détermination de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments est de découvrir au plus vite les dangers inattendus qu'ils peuvent présenter, afin de protéger les patients.

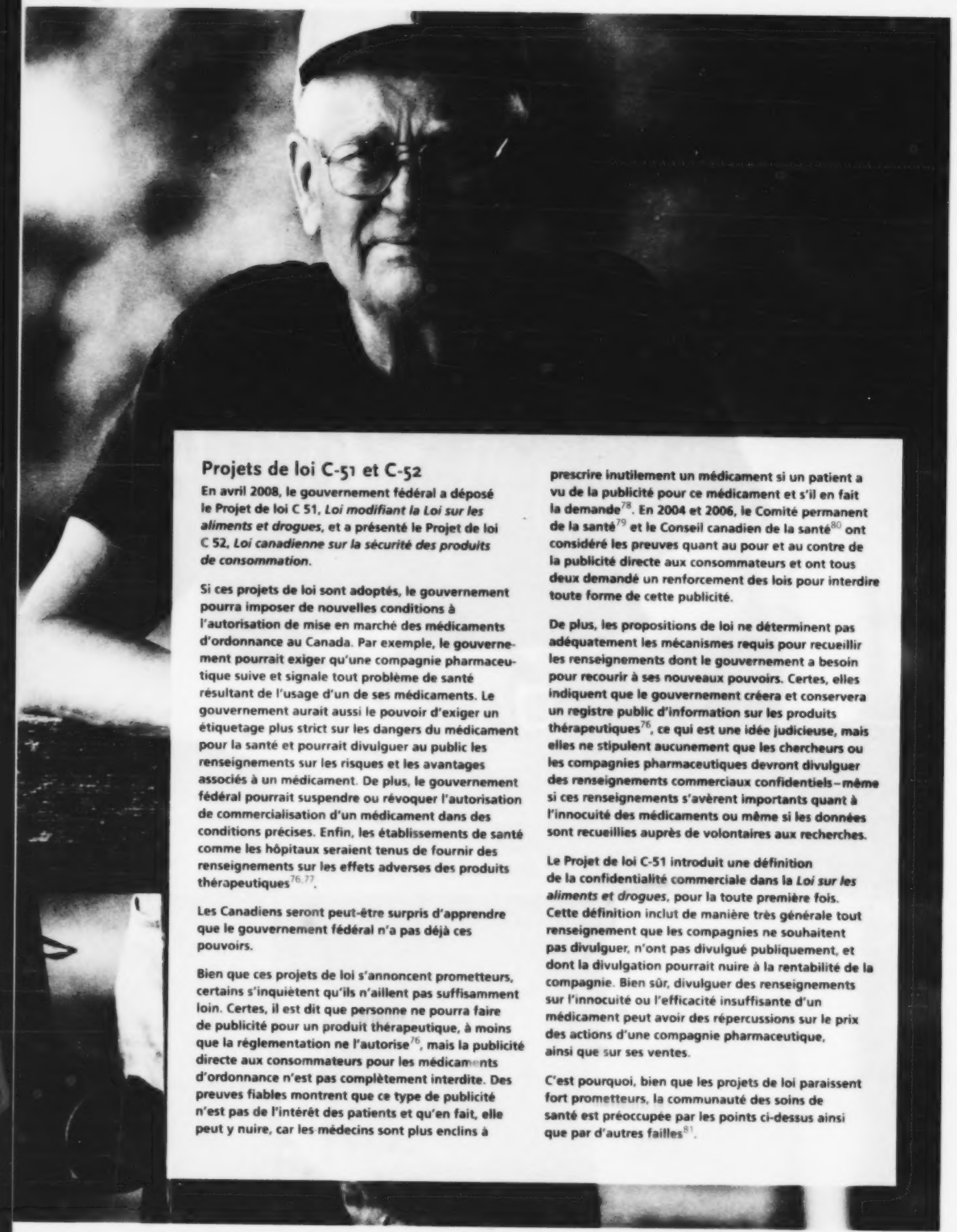
En juillet 2008, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il avait l'intention d'investir 1 million $ pour appuyer la création du Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments (RIEM), dans le cadre du nouveau Plan d'action pour la sécurité des produits alimentaires et de consommation. Ce Réseau établira un lien entre les centres d'excellence en recherche et coordonnera un échéancier commun de recherche. Les centres regroupés par ce Réseau effectueront des études conformément à l'échéancier déterminé par un organisme national de surveillance. L'objectif est d'obtenir plus de renseignements sur l'innocuité et sur l'efficacité des médicaments, en considérant leur usage dans le monde réel, à l'écart du milieu expérimental contrôlé des essais cliniques[73].

En janvier 2009, le ministre fédéral de la Santé a annoncé une allocation supplémentaire de 31 millions $ pour le Réseau, versée sur une période de quatre ans, puis un engagement de 10 millions $ par année[74].

À NOTER

Le programme MedEffect, lancé en 2005 dans le cadre de la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques, donne accès à des renseignements centralisés sur l'innocuité des produits de santé dès qu'ils deviennent disponibles. Les professionnels de la santé et les patients peuvent ainsi s'informer auprès de MedEffect, qui leur procure un moyen simple et rapide d'obtenir et de fournir des données sur les effets adverses des médicaments[75] (voir *www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/index-fra.php* pour plus de renseignements).

De nouvelles propositions de loi du gouvernement fédéral pourraient aussi contribuer à améliorer grandement l'innocuité des médicaments dans le monde réel (voir *Projets de loi C 51 et C 52*, page 27).



Projets de loi C-51 et C-52

En avril 2008, le gouvernement fédéral a déposé le Projet de loi C 51, *Loi modifiant la Loi sur les aliments et drogues*, et a présenté le Projet de loi C 52, *Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation*.

Si ces projets de loi sont adoptés, le gouvernement pourra imposer de nouvelles conditions à l'autorisation de mise en marché des médicaments d'ordonnance au Canada. Par exemple, le gouvernement pourrait exiger qu'une compagnie pharmaceutique suive et signale tout problème de santé résultant de l'usage d'un de ses médicaments. Le gouvernement aurait aussi le pouvoir d'exiger un étiquetage plus strict sur les dangers du médicament pour la santé et pourrait divulguer au public les renseignements sur les risques et les avantages associés à un médicament. De plus, le gouvernement fédéral pourrait suspendre ou révoquer l'autorisation de commercialisation d'un médicament dans des conditions précises. Enfin, les établissements de santé comme les hôpitaux seraient tenus de fournir des renseignements sur les effets adverses des produits thérapeutiques[76,77].

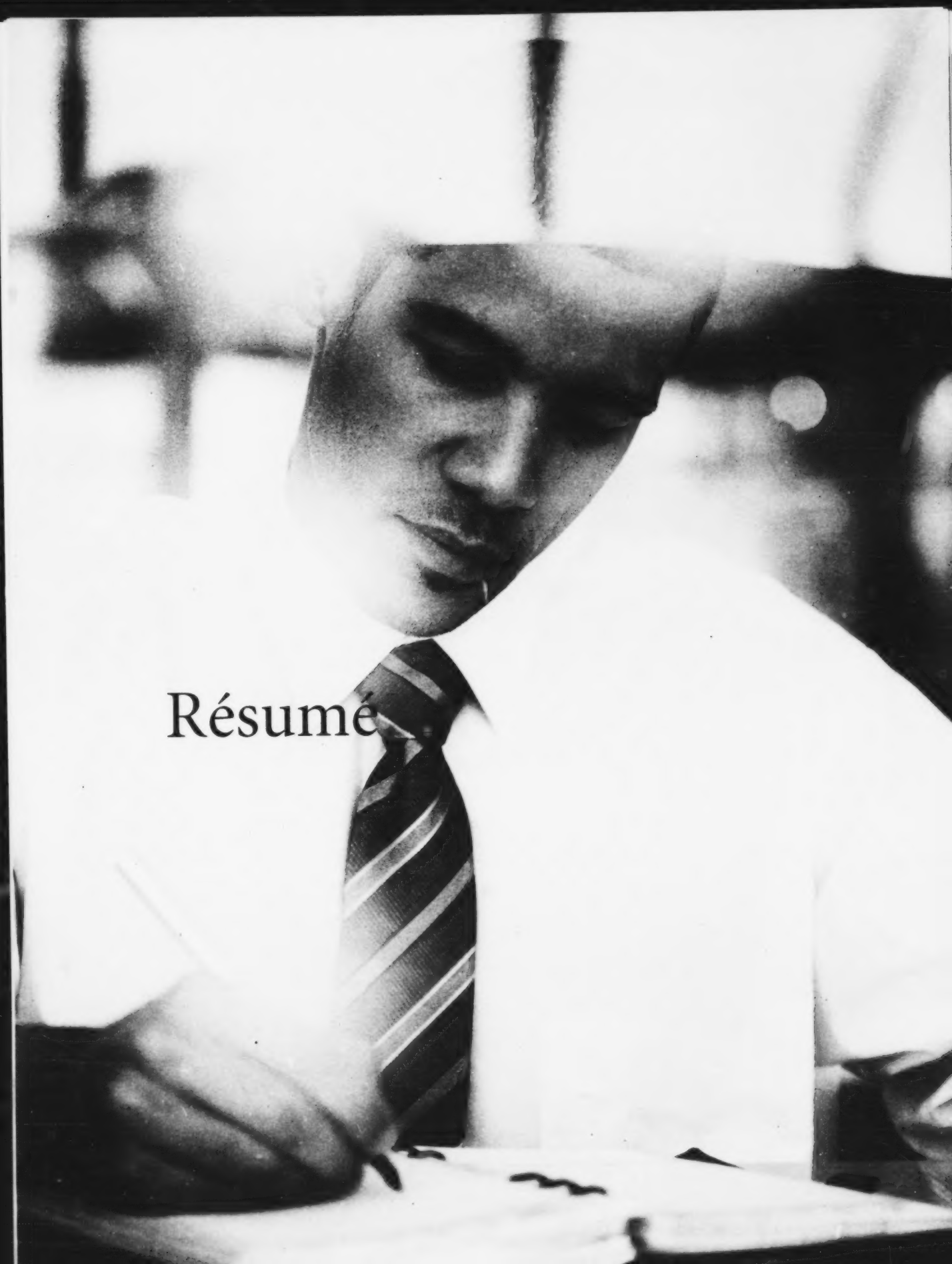
Les Canadiens seront peut-être surpris d'apprendre que le gouvernement fédéral n'a pas déjà ces pouvoirs.

Bien que ces projets de loi s'annoncent prometteurs, certains s'inquiètent qu'ils n'aillent pas suffisamment loin. Certes, il est dit que personne ne pourra faire de publicité pour un produit thérapeutique, à moins que la réglementation ne l'autorise[76], mais la publicité directe aux consommateurs pour les médicaments d'ordonnance n'est pas complètement interdite. Des preuves fiables montrent que ce type de publicité n'est pas de l'intérêt des patients et qu'en fait, elle peut y nuire, car les médecins sont plus enclins à prescrire inutilement un médicament si un patient a vu de la publicité pour ce médicament et s'il en fait la demande[78]. En 2004 et 2006, le Comité permanent de la santé[79] et le Conseil canadien de la santé[80] ont considéré les preuves quant au pour et au contre de la publicité directe aux consommateurs et ont tous deux demandé un renforcement des lois pour interdire toute forme de cette publicité.

De plus, les propositions de loi ne déterminent pas adéquatement les mécanismes requis pour recueillir les renseignements dont le gouvernement a besoin pour recourir à ses nouveaux pouvoirs. Certes, elles indiquent que le gouvernement créera et conservera un registre public d'information sur les produits thérapeutiques[76], ce qui est une idée judicieuse, mais elles ne stipulent aucunement que les chercheurs ou les compagnies pharmaceutiques devront divulguer des renseignements commerciaux confidentiels – même si ces renseignements s'avèrent importants quant à l'innocuité des médicaments ou même si les données sont recueillies auprès de volontaires aux recherches.

Le Projet de loi C-51 introduit une définition de la confidentialité commerciale dans la *Loi sur les aliments et drogues*, pour la toute première fois. Cette définition inclut de manière très générale tout renseignement que les compagnies ne souhaitent pas divulguer, n'ont pas divulgué publiquement, et dont la divulgation pourrait nuire à la rentabilité de la compagnie. Bien sûr, divulguer des renseignements sur l'innocuité ou l'efficacité insuffisante d'un médicament peut avoir des répercussions sur le prix des actions d'une compagnie pharmaceutique, ainsi que sur ses ventes.

C'est pourquoi, bien que les projets de loi paraissent fort prometteurs, la communauté des soins de santé est préoccupée par les points ci-dessus ainsi que par d'autres failles[81].



Résumé

Apporter les changements nécessaires à notre système pharmaceutique hautement complexe n'est pas chose aisée. Cela exige une coopération exceptionnelle entre les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral pour résoudre des questions compliquées de réglementation, d'éthique et de financement.

Les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral peuvent procéder à des réformes pharmaceutiques de leur propre chef. Et beaucoup de ces instances le font actuellement. Mais ce que chacune d'elles peut accomplir seule est limité, car il existe des liens d'interdépendance entre elles. C'est pourquoi les premiers ministres des provinces et territoires, de même que le premier ministre du Canada, ont décidé en 2004 qu'une Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques était essentielle. C'est grâce à cette mesure d'action collective, ainsi que grâce à des changements au sein de chacune des instances, que tous les Canadiens bénéficieront des progrès.

On trouvera plus de détails sur le point de vue du Conseil canadien de la santé quant aux conclusions de ce rapport dans un document d'accompagnement, *Commentaires sur La Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques : Une ordonnance non remplie*, à consulter à *www.conseilcanadiendelasante.ca*

RÉFÉRENCES

1 Statistique Canada. (2007). Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires, 2007.

2 Commonwealth Fund. (2007). *The Commonwealth Fund 2007 International Health Policy Survey in Seven Countries*.

3 IMS Health. (21 mars 2007). Canadian internet pharmacy sales to the United States down 50% in 2006. (communiqué de presse). *www.imshealthcanada.com*.

4 McNeil BJ. (2001). Shattuck lecture – Hidden barriers to improvement in the quality of care. *New England Journal of Medicine*. 345(22): 1612-1620.

5 Hepler CD, Grainger-Rousseau TJ. (1995). Pharmaceutical care versus traditional drug treatment: is there a difference? *Drugs*. 49(1): 1-10.

6 Segal R and Wang F. (1999). Influencing physician prescribing. *Pharmacy Practice Management Quarterly*. 19(3): 30-50.

7 Conseil canadien de la santé. (2007). Prescription et utilisation optimales des médicaments au Canada : Défis et possibilités. Toronto : Conseil de la santé. *www.conseilcanadiendelasante.ca*.

8 Zed et coll. 2008. Incidence, severity and preventability of medication-related visits to the emergency department: a prospective study. CMAJ, 178(12): 1563-1569.

9 Institut canadien d'information sur la santé. 2007. Demandes de remboursement de médicaments par les personnes âgées : Analyse de l'utilisation de médicaments potentiellement contre-indiqués, de 2000 à 2006. Ottawa : ICIS. *www.cihi.ca*.

10 Nickerson A, MacKinnon NJ, Roberts N, et coll. (2005). Drug-therapy problems, inconsistencies and omissions identified during a medication reconciliation and seamless care service. *Healthcare Quarterly*. 8 (édition spéciale : octobre 2005): 65-72.

11 Forster AJ, Clark HD, Menard A, et coll. (2004). Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *CMAJ*, 170(3): 345-349.

12 Baker GR, Norton PG, Flintoft V, et coll. (2004). The Canadian adverse events study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ*; 170(11): 1678-1686.

13 Winterstein AG, Sauer BC, Hepler CD, et coll. (2002). Preventable drug-related hospital admissions. *The Annals of Pharmacotherapy*. 36 (juillet et août): 1238-1248.

14 Beijer, HJM, de Blaey, CJ. (2002). Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR): A meta-analysis of observational studies. *Pharmacy World & Science*. 24(2): 46-54.

15 Courtman, B.J. & Stallings, S.B. (1995). Characterization of drug-related problems in elderly patients on admission to a medical ward. *Canadian Journal of Hospital Pharmacy*. 48(3): 161-166.

16 MacKinnon, N.J. (2002). Early warning system: How vigilant pharmacists can prevent drug-related morbidity in seniors. *Pharmacy Practice*. 18(8), 40-44.

17 MacKinnon NJ. (2007). Introduction. *Safe and Effective: The Eight Essential Elements of an Optimal Medication-Use System*. MacKinnon NJ (editor). Ottawa : Canadian Pharmacists Association.

18 Barnett CW, Nykamp D, Ellington AM. (2000). Patient-guided counseling in the community pharmacy setting. *Journal of the American Pharmaceutical Association*. 40(6): 765-772.

19 Kirkpatrick, M.A.F. & Mohler, C.P. (1999). Using the readability assessment instrument to evaluate patient medication leaflets. *Drug Information Journal*. 33, 557-563.

20 Buck, M.L. (1998). Providing patients with written medication information. *The Annals of Pharmacotherapy*. 32(9), 962-969.

21 Nair K, Dolovich L, Cassels A, et coll. (2002). What patients want to know about their medications: Focus group study of patient and clinician perspectives. *Canadian Family Physician*. 48 : 104-110.

22 Mamdani, M. (2005). The changing landscape for Cox-2 inhibotrs: A summary of recent events. *Healthcare Quarterly*. 8(2): 24-25.

23 Canadian Medical Association Journal. (2005). Vioxx: Lessons for Health Canada and the FDA. (éditorial). *CMAJ*. 172(1): 5.

24 Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes. (4 septembre 2008). Conférence annuelle des ministres provinciaux-territoriaux de la Santé. *Points de prise de décision sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques*. (document d'information). *www.scics.gc.ca/cinfo08/860556004_f.html*.

25 The Commonwealth Fund (2008). *The 2008 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Sicker Adults*.

26 Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. (2008). Renseignements sur les programmes provinciaux et territoriaux de médicaments. Toronto : ACCAP. *www.clhia.ca*.

27 Demers V, Melo M, Jackevicius C, et coll. (2008). Comparison of provincial prescription drug plans and the impact on patients' annual drug expenditures. *CMAJ*. 178(4), 405-409.

28 Kapur V and Basu K. (2005). Drug coverage in Canada: Who is at risk? *Health Policy*. 71, 181-193.

29 Piette JD, Heisler M, Horne R, et coll. (2006). A conceptually based approach to understanding chronically ill patients' responses to medication cost pressures. *Social Science & Medicine*. 62(4): 846-857.

30 Wallston KA. (2007). Patient health care behaviours related to medication use and adherence. Safe and Effective: *The Eight Essential Elements of an Optimal Medication-Use System*. MacKinnon, NJ (éditor). Ottawa : Association des pharmaciens du Canada.

31 Goldsworthy, R.C., Schwartz, N.C., Mayhorn, C.B. (2008). Beyond abuse and exposure: Framing the impact of prescription-medication sharing. *American Journal of Public Health*. 98(6): 1115-1121.

32 Sondage sur les soins de santé au Canada 2006. Toronto : Pollara. *www.pollara.ca*.

33 Institut canadien d'information sur la santé. (2008). *Dépenses en médicaments au Canada, de 1985 à 2007*. Ottawa : ICIS. *www.cihi.ca*.

34 Institut canadien d'information sur la santé. (2008). *Tendances des dépenses nationales de santé, de 1975 à 2008*. Ottawa : ICIS. *www.cihi.ca*.

35 Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (2006). Rapport sur les prix des produits pharmaceutiques prescrits non brevetés : Tendances des prix au Canada et à l'étranger. Juin 2006. Ottawa : CEPMB. *www.pmprb-cepmb.gc.ca*.

36 Groupe de travail ministériel fédéral/provincial/territorial sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. (2006). Rapport d'étape sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. Juin 2006. Ottawa : Santé Canada. *www.hc-sc.gc.ca*.

37 Bureau de la concurrence. Pour une concurrence avantageuse des médicaments génériques au Canada : Préparons l'avenir. Ottawa : Bureau de la concurrence. *www.competitionbureau.gc.ca*.

38 Rencontre des premiers ministres du Canada. (2003). Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé. Ottawa : Santé Canada. *www.hc-sc.gc.ca*.

39 Rencontre des premiers ministres du Canada. (2004). Plan décennal pour consolider les soins de santé. Ottawa : Santé Canada. *www.hc-sc.gc.ca*.

40 Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes. (22-23 octobre 2005). Conférence annuelle des ministres fédéral/provinciaux/territoriaux de la Santé. (communiqué de presse). *www.scics.gc.ca*.

41 Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. (21 septembre 2006). Le rapport d'étape indique les prochaines mesures à prendre pour améliorer l'accès et le coût des médicaments d'ordonnance. (communiqué de presse). *www.news.gov.bc.ca*.

42 Santé Canada. (2008). Services de santé non assurés pour les Premières nations et les Inuits. (page internet). *www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/nihb-ssna/index-fra.php*.

43 Plasmid Biocommunications Inc. (2007). Prescription drug coverage in Canada. (page internet). *www.drugcoverage.ca*.

44 Alberta Health and Wellness. (2008). Alberta Pharmaceutical Strategy. Edmonton : Alberta Health and Wellness. *www.health.alberta.ca*.

45 Newfoundland and Labrador. (11 octobre 2007). New prescription drug plan provides assurance for residents with high drug costs (communiqué de presse). *www.gov.nl.ca*.

46 Nova Scotia. (26 novembre 2007). New Nova Scotia family pharmacare program announced. (communiqué de presse). *www.gov.ns.ca*.

47 Corpus Sanchez International Consultancy. (octobre 2008). *An Integrated Health System Review in PEI: A Call to Action: A Plan for Change*. Charlottetown : Corpus Sanchez International Consultancy. *www.gov.pe.ca*.

48 Saskatchewan. (10 février 2004). Saskatchewan drug plan coverage expanded. (communiqué de presse). *www.gov.sk.ca*.

49 Santé Canada. (14 juin 2006). Le gouvernement fédéral participera à une étude sur la maladie de Fabry. (communiqué de presse). *www.hc-sc.gc.ca*.

50 Université Dalhousie. Faculté de médecine. (5 septembre 2007). Fabry disease patients have chance at therapy. Canadian Fabry disease initiative study underway. (communiqué de presse). *www.communications.medicine.dal.ca*.

51 Ghatak, R. & Ma, J. (21 juillet 2004). *Health Newsflash: Fabry Disease*. ESI Canada. 6(10) : 1-2.

52 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2006). Loi sur un régime de médicaments transparent pour les patients, 2006. *www.health.gov.on.ca/french/public/legislation/drugs/hu_drugsactf.html*.

53 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (13 avril 2006). Projet de loi 102. *Loi de 2006 sur un régime de médicaments transparent pour les patients, 2006*. *www.health.gov.on.ca*.

54 Institut canadien d'information sur la santé. (2006). Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP). Évaluation des incidences sur la vie privée, Version révisée. Ottawa : ICIS. *www.cihi.ca*.

55 Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes. (26 septembre 2001). Conférence annuelle des ministres fédéral/provinciaux/territoriaux de la Santé. *Les ministres de la Santé vont de l'avant dans l'amélioration des soins de santé au Canada*. (communiqué de presse). *www.scics.gc.ca*.

56 Institut canadien d'information sur la santé. Correspondance par courriel avec Michèle Arthur, Chef de programme, Produits pharmaceutiques. 28 novembre 2008.

57 Revenu Québec. (2007). Principaux changements 2008 (page internet, aucune date). *www.revenu.gouv.qc.ca/eng/travailleur_autonome/oblig_fiscales/retenues/changements.asp*.

58 Terre-Neuve-et-Labrador. (21 décembre 2007). New regulations governing the Newfoundland and Labrador Interchangeable Drug Products Formulary (NIDPF). (bulletin). *www.gov.nf.ca*.

59 Alberta et Colombie-Britannique. (18 mai 2007). *Alberta-British Columbia Memorandum of Understanding: Proposed Joint Procurement of Pharmaceuticals and Medical Devices*. *www.gov.bc.ca/health/down/mou_pharmaceuticals.pdf*.

60 Kondro W. (2007). Academic drug detailing: An evidence-based alternative. *CMAJ*. 176(4) : 429.

61 Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, et coll. (1995). Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA*. 274(9) : 700-5.

62 Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, et coll. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*. 8(6) : 1-72.

63 O'Brien, T.M.A., Oxman AD, Davis DA, et coll. (2008). Educational outreach visits: Effects on professional practice and health care outcomes. (rapport). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (2) : CD000409. *www.cochrane.org*.

64 British Columbia Ministry of Health. (25 mars 2008). Province promotes best practices for drug prescribing. (communiqué de presse). *www.news.gov.bc.ca*.

65 Inforoute Santé du Canada. Déclaration dans une correspondance par courriel avec James McLean, premier VP, Adoption clinique. 3 novembre 2008.

66 Inforoute Santé du Canada. (2008). Ouvrir la voie aux soins collaboratifs. Plan d'affaires 2008-2009. Toronto : IFS. *www.infoway-inforoute.ca*.

67 British Columbia Ministry of Health. PharmaNet (page internet, aucune date). *www.health.gov.bc.ca/pharme/pharmanet/netindex.html*.

68 Conseil canadien de la santé. (2007). *Sain et sûr : Optimiser les habitudes de prescription*. Toronto : Conseil de la santé. *www.conseilcanadiendelasante.ca*.

69 Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. (2008). Programme commun d'évaluation des médicaments. (page internet). *www.cadth.ca*.

70 McMahon, M., Morgan, S., & Mitton, C. (2006). The common drug review: A NICE start for Canada? *Health Policy*. 77(3), 339-351.

71 Chambre des communes, Canada. Comité permanent sur la santé. (2007). Médicaments d'ordonnance, Partie 1--Programme d'évaluation des médicaments : Processus F/P/T : Rapport du comité permanent sur la santé. La présidente du comité était Joy Smith. *www.parl.gc.ca*.

72 MacKinnon, N.J. (2004). Provincial drug plans: now there's a minefield: Data on provincial differences adds important perspective. *Canadian Pharmacists Journal*. 137(7) : 14-16.

73 Santé Canada. (14 juillet 2008). Le gouvernement du Canada annonce la création d'un réseau de surveillance continue de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments. (communiqué de presse). *www.hc-sc.gc.ca*.

74 Santé Canada. (14 janvier 2009). Le gouvernement du Canada agit pour améliorer les connaissances sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments. (communiqué de presse). *www.hc-sc.gc.ca*.

75 Santé Canada. Au sujet de MedEffect Canada. (page internet, aucune date). *www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/about-sujet-fra.php*.

76 Association canadienne des aliments de santé. Document d'information. *Projet de loi C-52*. (page internet, aucune date). *www.chfa.ca*.

77 Canada. (8 avril 2008). Projet de loi C-51. Loi modifiant la *Loi sur les aliments et drogues* et modifiant d'autres lois en conséquence. Première lecture à la Chambre des communes. Deuxième session, 39e Parlement. *www.parl.gc.ca*.

78 Mintzes Mintzes B. (2006). Publicité directe aux consommateurs des médicaments d'ordonnance au Canada : quelles en sont les conséquences sur la santé publique? Toronto : Conseil canadien de la santé. *www.conseilcanadiendelasante.ca*.

79 Comité permanent sur la santé. (2004). Dans l'armoire à pharmacie : Premier rapport sur la dimension santé des médicaments d'ordonnance. La présidente du comité était Bonnie Brown. *www.parl.gc.caf.ca*.

80 Conseil canadien de la santé. (2006). Le renouvellement des soins de santé au Canada : Frayer la voie de la qualité. Toronto : Conseil de la santé. *www.conseilcanadiendelasante.ca*.

81 Lexchin, J. (2008). Progressive licensing of drugs: Music or noise? *Healthcare Policy*. 3(4) : 11-20.

FIGURES

1 / page 4
La moitié de tous les Canadiens adultes prennent au moins un médicament prescrit

2 / page 6
Six pour cent des Canadiens signalent des erreurs de médication

3 / page 12
Les Canadiens paient plus cher qu'ils ne le devraient pour leurs médicaments prescrits

REMERCIEMENTS

Le Conseil canadien de la santé aimerait remercier les nombreuses personnes qui ont consacré des efforts importants à la création de ce document.

Ce rapport a été élaboré sous la direction du Comité du Conseil sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques (SNPP), notamment composé des conseillers suivants : Dr Alex Gillis (président), Dre Nuala Kenny et M. George Morfitt.

Le Conseil tient aussi à exprimer sa reconnaissance aux principaux contributeurs de ce projet : M. Neil J. MacKinnon (codirecteur de recherche et professeur agrégé, Collège de pharmacie, Université Dalhousie) et Mme Diane Watson (membre de la faculté, Centre for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique), pour leurs contributions à la recherche et au développement de ce rapport.

Le Conseil veut également dire sa gratitude aux membres externes du Comité sur la SNPP pour leurs contributions : M. Steven Morgan (codirecteur, Centre for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique) et M. Bob Nakagawa (sous-ministre adjoint, Services pharmaceutiques, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique).

Enfin, le Conseil est reconnaissant aux membres de son secrétariat pour le leadership et le travail collectif dont il a fait preuve tout au long de la création de ce rapport.

Les analyses et les conclusions de ce document ne reflètent pas forcément celles des contributeurs externes ou celles des organismes auxquels ils sont affiliés.

Fonds du Commonwealth

Le sondage de 2007 intitulé *International Health Policy Survey of the General Public's Views of their Health Care System's Performance in Seven Countries* a été parrainé par le Fonds du Commonwealth, avec Harris Interactive dans le rôle d'évaluateur. Le cofinancement de la composante canadienne est venu du Conseil canadien de la santé, celui de la composante néerlandaise est venu du ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports des Pays-Bas ainsi que du Centre pour la qualité des recherches en soins de santé (WOK), Radboud Université Nijmegen; celui de la composante allemande a été fourni par l'Institut de la qualité et de l'efficacité des soins de santé de l'Allemagne.

Le sondage de 2008 intitulé *Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Sicker Adults*, mené par Harris Interactive, a fait l'évaluation de la performance et de la réceptivité du système de soins de santé, du point de vue des adultes « plus malades ». Cette étude, faite en Australie, au Canada, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni, aux États-Unis et en France, a exploré les expériences et les opinions d'adultes ayant des problèmes de santé, tout particulièrement sur les points essentiels suivants : accès, qualité, soins centrés sur le patient, efficacité et notamment sécurité, temps d'attente, communication, coordination des soins, fardeau administratif et obstacles financiers. Le Fonds du Commonwealth a fourni le financement de base pour cette enquête internationale dans huit pays. De plus, le cofinancement des échantillons de chacun des pays est venu respectivement du Conseil canadien de la santé, de la Commission de la santé du Québec, du Conseil de la qualité des services de santé de l'Ontario, de la Fondation de la santé (R.-U.), de l'Institut de la qualité et de l'efficacité des soins de santé de l'Allemagne ainsi que du ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports des Pays-Bas.

APERÇU DU CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ

Les premiers ministres du pays ont créé le Conseil canadien de la santé par leur *Accord sur le renouvellement des soins de santé* en 2003, puis ont renforcé son rôle par le *Plan décennal pour consolider les soins de santé* en 2004. Le Conseil fait rapport sur les progrès réalisés quant au renouvellement des soins de santé, sur l'état de santé des Canadiens et sur les résultats de santé au sein de notre système. Notre objectif est d'avoir une vue d'ensemble, à l'échelle du système, sur la réforme des soins de santé au nom du public canadien, en portant tout particulièrement attention à la responsabilisation et à la transparence.

Les administrations participantes ont nommé au Conseil des membres qui représentent leur gouvernement respectif, de même que des membres qui ont l'expérience de domaines très divers comme les soins communautaires, la santé des Autochtones, les soins infirmiers, l'éducation à la santé, l'administration, les finances, la médecine et la pharmacie. Les administrations participantes comprennent la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut et le gouvernement fédéral.

Financé par Santé Canada, le Conseil est un organisme autonome, sans but lucratif. Les membres de cet organisme sont les ministres de la Santé des administrations participantes.

Vision du Conseil

Un public canadien bien informé et en santé, qui croit en l'efficacité, la durabilité et la compétence du système canadien de soins de santé à promouvoir la santé et à répondre aux besoins de santé des Canadiens et Canadiennes.

Mission du Conseil

Le Conseil canadien de la santé favorise la transparence et la responsabilisation en évaluant les progrès accomplis quant à la qualité, l'efficacité et la durabilité du système. En effectuant une surveillance perspicace, en présentant des rapports publics et en favorisant des discussions éclairées, le Conseil met en évidence ce qui aide ou ce qui nuit au renouvellement du système de soins de santé et au bien-être des Canadiens et Canadiennes.

Membres du Conseil *

REPRÉSENTANTS DU GOUVERNEMENT

M. Albert Fogarty – Île-du-Prince-Édouard
Dr Alex Gillis – Nouvelle-Écosse
M. Stuart Whitley – Yukon
M. Michel C. Leger – Nouveau-Brunswick
Mme Lyn McLeod – Ontario
M. David Richardson – Nunavut
Mme Elizabeth Snider – Territoires du Nord-Ouest
Dr Les Vertesi – Colombie-Britannique

AUTRES REPRÉSENTANTS

Dre Jeanne F. Besner, présidente
Dr M. Ian Bowmer, vice-président
M. Jean-Guy Finn
Dre Nuala Kenny
Dre Danielle Martin
M. George L. Moffitt
Mme Verda Petry
Dr Stanley Vollant

* Janvier 2009

www.conseilcanadiendelasante.ca

Pour joindre le Conseil canadien de la santé :
Téléphone : 416.481.7397
Télécopieur : 416.481.1381
90, avenue Eglinton Est, bureau 900
Toronto (Ontario) M4P 2Y3

Health Council of Canada Conseil canadien de la santé
PRENDRE LE POULS